

Amning och amningshandledning

– En fenomenografisk studie
i barnmorskors uppfattningar
om amning

Lisa Holm Rinne
Avhandling pro gradu i pedagogik
Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier
Allmän pedagogik
Åbo Akademi
Vasa 2021

Handledare: Michael Uljens

Författare Lisa Holm Rinne	Årtal 2021
Arbetets titel Amning och amningshandledning – en fenomenografisk studie i barnmorskors uppfattning om amning	
Opublicerad avhandling i pedagogik för pedagogie magisterexamen. Vasa: Åbo Akademi. Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier	Sidoantal (tot.) 80
<p>Referat</p> <p>Amningens hälsofördelar för såväl kvinna som barn är oomstridda. I Finland uppnås inte Världshälsoorganisationen WHO:s rekommendationer angående amning av spädbarn. Hälso- och sjukvårdspersonalen och barnmorskorna i synnerhet har en viktig pedagogisk roll i arbetet med att handleda mödrar i amning och deras arbete påverkar mödrarna i deras beslut att börja amma och att fortsätta. I WHO:s handlingsprogram för amningsstöd för sjukhus (Baby-Friendly Hospital Initiative) poängteras vikten personalens kunskaper, kompetens och färdigheter för en lyckad amningshandledning. I denna avhandling riktas blickfånget mot dessa kunskaper, kompetenser och färdigheter såsom de erfars av barnmorskorna själva.</p> <p>Syftet är att undersöka hur barnmorskorna å ena sidan uppfattar temat amning, å andra sidan hur de uppfattar amningshandledningen av mödrarna. I avhandlingen försöker jag svara på följande frågor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hur uppfattar barnmorskorna fenomenet amning? 2) Hur uppfattar barnmorskorna professionell kompetens i arbetet med amningshandledning? <p>Undersökningen tillämpar en fenomenografisk ansats och är kvalitativ. Datainsamlingen skedde genom halvstrukturerade intervjuer med sex barnmorskor. Materialet analyserades och resulterade i kategorier som fungerade som grund för undersökningens resultat.</p> <p>Resultaten visade att barnmorskors uppfattar amning som en fysiologisk process präglad av meningsfullhet, en bekräftande samvaro samt en omdaning av tillvaron. Professionell kompetens i amningshandledning utgörs enligt barnmorskorna av att en teknisk/fysiologisk kompetens, en relationell kompetens samt en kontextuell kompetens. Barnmorskornas uppfattningar om amning och handledning korrelerar såtillvida att den barnmorska som uppfattar amning främst som en fysiologisk process fokuserar på amningsteknik och fysiologi i sin handledning. Med ett bredare perspektiv på amning som en bekräftande samvaro, ser barnmorskan handledning som ett stöd att i att hjälpa mor och barn i sin relation. I amningshandledningens vidaste perspektiv utgörs arbetet av stöd till hela familjen i sin kontext, ett uppdrag som ofta faller utanför sedvanlig amningshandlednings ramar.</p> <p>Undersökningen visade vidare att handledning ofta utgörs mer av omfattande informationsöverföring från barnmorska till nybliven mamma än av lyssnande på mödrarna. Vidare forskning för att undersöka betydelsen av genuin närvaro och aktivt lyssnande hos barnmorskorna samt hur man kan stödja faders aktiva deltagande i amningshandledning rekommenderas.</p>	
Sökord/indexord enl. tesaurus Amningshandledning, professionell kompetens, barnmorskor, amning.	

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Bakgrund och relevans	2
1.2 Syfte och forskningsfrågor.....	4
1.3 Avhandlingens fortsatta upplägg och begränsningar	5
2. Professionell kompetens	6
2.1.Stadiemodeller	7
2.2 Metamorfos och förkroppsligad förståelse	10
2.3 Holistiska modeller	12
2.4 Professionell fronesis.....	15
2.5 Sammanfattande diskussion	17
3. Amning och amningshandledning.....	20
3.1 Amningens hälsofördelar och rekommendationer	20
3.2 Rekommendationer för amningshandledning.....	22
3.2.1 BFHI och de tio stegen.....	22
3.2.2. WHO:s grundutbildning i amningshandledning	26
3.3 Forskning i attityder och uppfattningar angående amning och amningshandledning	28
3.3.1 Personalens upplevelser	29
3.3.2 Mödrars upplevelser	31
3.3.3 Sammanfattande diskussion	33
4. Metodkapitel.....	35
4.1 Avhandlingens frågor samt den fenomenografiska forskningsansatsen	35
4.2 Intervju som datainsamlingsmetod samt avhandlingens intervjufrågor	36
4.3. Informanterna	38
4.4. Analys av material.....	38
4.5 Validitet och reliabilitet samt etiska överväganden i en intervjusituation.....	40
5. Resultat	43
5.1 Vad är amning?.....	43
5.2 Hur handleder man i amning?.....	48
5.3 Sammanfattande syntes.....	55
6. Diskussion	60
6.1 Resultat	60
6.2 Metoddiskussion.....	65
6.3 Praktiska implikationer för vidare forskning	67
Litteraturlista.....	68

1. Inledning

Genom att en kvinna ger sitt nyfödda barn näring vid bröstet och låter spädbarnet dia har människosläktet överlevt genom årtusenden. Man kan tycka att denna akt är ett förfarande som inte kräver andra förutsättningar än de fysiska: ett bröst och ett hungrigt spädbarn med en fungerande mun. Amning handlar mycket om mjölkproduktionens fysiologi och anatomi, om teknik samt om barnets näringsintag. Uppgiften att handleda nyblivna föräldrar i amning är dock en mer omfattande uppgift än vad den först kan förefalla eftersom amning ofta har en större betydelse än att endast ge det nyfödda barnet näring. I ett vidare perspektiv handlar amningshandledning om att stödja den nyblivna modern i föräldraskapet och i att finna sin plats i en obekant tillvaro. I ett internationellt perspektiv kan amning även handla om barnets överlevnad.

Amningsstöd i olika former, från familjemedlemmar, lekmän och hälso- och sjukvårdspersonal har visat sig ha en positiv inverkan på kvinnors förmåga att amma (Ekberg, Kylberg & Nissen, 2012). I Finland utbildas de yrkesgrupper som arbetar med amningshandledning utifrån Världshälsoorganisationen WHO:s riktlinjer. Institutet för hälsa och välfärd (hädanefter THL) har i samarbete med Hoitotyön tutkimussäätiö (hädanefter Hotus) samt WHO publicerat en handbok i hur man i hälso- och sjukvården kan arbeta med amningsstödjande verksamhet inom hälso- och sjukvården i Finland (Ikonen m.fl., 2019). Barnmorskan har en nyckelroll som pedagogisk aktör i sitt arbete med amningshandledning. Dock förekommer enligt föräldrarna tvetydig och ibland motstridig amningshandledning på sjukhusen och på rådgivningarna (THL, 2016). I en studie om personalens uppfattning om vad som utgör barriärer för god amningshandledning fann Laanterä, Pölkki och Pietilä (2011) att de främsta hindren utgjordes av brist på kunskap om amning hos personalen, otillräcklig kunskap i handledningsteknik, resursbrist vad gällde personal, tid och plats samt en negativ inställning till amning.

I en nordisk jämförelse av amningsstatistik gjord av THL 2009 framkom att kvinnor i Finland helammade betydligt kortare tid än vad kvinnor från övriga nordiska länder gjorde. I rapporten jämfördes helamning (alltså att barnets enda näring är bröstmjölk) när barnet var fyra och sex månader gammalt. I Finland var siffran lägst vid bägge tidpunkter: 34 % av de

finländska mödrarna helammade sina spädbarn när barnet var 4 månader gammalt. I Sverige och Danmark var motsvarande siffror mellan 60 och 70%, medan Norge och Islands siffror låg runt 46 %. Vad gällde amningen vid sex månaders ålder rapporterades från Island, Norge och Sverige siffror mellan 9 och 15 % och i Danmark redovisades högst siffror med helamning av barnen runt 20 – 25 %. I Finland helammades 1 % av de sex månader gamla barnen (THL, 2009, s. 36). Då man undersöker nyare statistik från Finland och Sverige ser man att skillnaderna möjligen har utjämnats sedan 2010, speciellt vad gäller helamning då barnet är fyra månader gammalt, där siffrorna enligt Ikonen m.fl. (2020) kan ha stigit till 50 % inom vissa befolkningsgrupper. Det finns tecken som tyder på att även helamning vid sex månader åtminstone inom vissa befolkningsgrupper har ökat markant, till 9 % (Ikonen, 2020, s. 28). Det finns förstås många faktorer som påverkar en kvinnas val att amma eller att låta bli: sociala, samhälleliga, kulturella och personliga faktorer (Rollins m.fl., 2016).

De nyblivna föräldrarna önskar en mer enhetlig amningshandledning (THL, 2016). Det finns således en förbättringspotential inom barnmorskornas yrkesgrupp vad gäller arbetet med att stödja de nyblivna mödrarna med amningen. För att kunna utveckla en verksamhet behövs kännedom om hur de som verkar i den förstår och erfar sitt uppdrag. I denna avhandling riktas blickfånget mot barnmorskans uppfattning av amningshandledning. Hennes roll som pedagogisk aktör är stor i och med att barnmorskorna utgör den yrkesgrupp som på en BB-avdelning handleder den nyblivna mamman i amning. BB-barnmorskans roll har betydelse, eftersom de första timmarna och dagarna efter födseln är avgörande för hur mjölkproduktionen startar och upprätthålls (WHO, 2018b).

1.1 Bakgrund och relevans

En avhandling om fördjupad förståelse för barnmorskornas professionella kompetens i amningshandledning i Finland kan motiveras med tanke på amningens positiva effekter på folkhälsan och de jämförelsevis låga finländska amningssiffror som sett ur ett nordiskt perspektiv föreligger (Hakulinen, 2012). Då denna avhandling påbörjades var den senaste sammanställningen av amningsstatistik från 2010 och publicerades 2012 på uppdrag av THL (Uusitalo m.fl., 2012). I rapporten framkom att flertalet av de nyblivna mammorna i Finland önskade amma och påbörjade amningen vid barnets födelse. De flesta slutade dock inom kort tid. Den vanligaste anledningen till att sluta amma under de första fyra månaderna var

attbarnet hade svårigheter med att suga eller att mamman upplevde att hon inte hade tillräckligt med mjölk, bägge situationer som i flesta fallen går att lösa med rätt handledning (Uusitalo m.fl., 2012). THL publicerade mellan åren 1995 – 2010 vart femte år statistik vad gäller amningens förekomst i landet. Efter ett uppehåll på tio år utkom en rapport 2020 i vilken en ökad förekomst av amning kunde skönjas. Resultaten är dock endast att betrakta som riktningvisande, då svarsfrekvensen i undersökningen var låg (Ikonen m.fl., 2020). I vilken omfattning finländska kvinnor ammar år 2021 är således ännu ett oskrivet blad.

Begreppet amma betyder att barnet endast bröstmjölk som näring antingen från bröstet eller utpumpat från bröstet från nappflaska (helamning). I begreppet helamning ingår även D-vitaminer samt eventuell mediciner. Då barnet får bröstmjölk och annan näring såsom bröstmjölksersättning eller fast föda kallas det för delamning. Speciellt helamning enligt WHO:s och Unicefs rekommendationer d.v.s. bröstmjölk som enda föda under barnets första sex månader sker i Finland i begränsad omfattning. Amningens hälsoeffekter, både korta och långtgående hos både nyblivna mödrar och barn är väl dokumenterade (Victoria m.fl., 2016). Amningens betydelse för den nyblivna mammans psykiska hälsa och känsla av välbefinnande har beskrivits i ett flertal studier (bl.a. Larsen, Hall & Aagaard, 2007 och Hannula, Leino-Kilppi & Puukka, 2006). Det råder dessutom socioekonomiska skillnader vad amning beträffar som skulle vara betydelsefullt att beakta ur socialt perspektiv. I Finland ammar mammor med kort eller ingen utbildning kortare tid än de med högre utbildning. (Hakulinen, Otronen & Kuronen 2017; Vaarno, 2016, Ikonen, 2020).

Hakulinen et al. (2017) har i THL:s regi publicerat ett nationellt handlingsprogram för främjandet av amningsarbetet för åren 2018 – 2022, med målsättning att Finland ska bli ett föregångsland vad gäller amningsstödjande verksamhet. I handlingsprogrammet fastställs ett flertal delmål till vilka bl.a. hör minskade socioekonomiska skillnader vad amning beträffar, stärkande av det arbete som främjar hälsan och välfärden samt stödjandet av en ekologiskt hållbar utveckling. Författarna poängterar att amning relateras till ett flertal av Förenta nationernas målsättningar för en hållbar utveckling genom att vara det mest ekonomiska och ekologiska sättet att ge spädbarn näring på (Stranius & Nykyri, 2017, s. 25). Amningsstödjande arbete är således både aktuellt och viktigt på flera olika plan och förtjänar (åtminstone) den uppmärksamhet en pedagogisk avhandling på magisternivå kan uppbringa.

1.2 Syfte och forskningsfrågor

Det finns forskning angående hurdana strukturer som borde finnas på plats i ett samhälle och på ett sjukhus för att stödja arbetet med amningshjälp. Det finns därtill konkreta, vetenskapligt belagda direktiv för hur man konkret bör handlägga amning på en BB-avdelning (t.ex. när det gäller när, var och hur barnet läggs till bröstet och hur man som professionell bör stödja detta). Det finns aktuella direktiv från Hotus angående hur man på styrnivå förändrar rutiner på ett sjukhus i amningsvänlig riktning, enligt THL:s målsättningar (Ikonen m.fl. 2019). Dessa kunskaper till trots är amningshandledningen av varierande karaktär, vilket emellanåt resulterar i besvikelse och missnöje hos nyblivna föräldrar. Denna avhandling ändrar blickfånget från styrningsdirektiv och sjukhusrutiner mot verksamheten på sjukhusens golv: BB-barnmorskans uppfattning om amning och amningshandledning.

Syftet med denna avhandling är att undersöka hur barnmorskor uppfattar fenomenet amning och amningshandledning. Uppmärksamheten riktas å ena sidan på hur barnmorskorna förstår själva temat amning, som är ett mångfacetterat ämne med såväl fysiologiska som psykologiska dimensioner. I avhandlingen riktas å andra sidan uppmärksamheten mot barnmorskornas varierande sätt att se på handledningen av mödrarna. Hur tänker sig barnmorskorna att de nyblivna mödrarna bäst kan stödjas? Vad riktar barnmorskorna uppmärksamhet på? Vilka situationer upplever de som svåra att handleda? Uppfattningarna om amning och om amningshandledning sätts i relation till varandra för att undersöka de eventuella gemensamma beröringspunkterna. Genom att sammanställa olika sätt att förena uppfattningen av amning med sätt att handleda växer en helhetsbild fram. Förhoppningarna är att bilden beskriver olika varianter på professionell kompetens i barnmorskornas amningshandledning. Förhoppningen är att denna studie kan skapa större insikt i yrkeskårens kunnande vad gäller amningshandledning och därmed bidra i utvecklingsarbetet av verksamhetsfältet, främst genom riktad fortbildning av de handledande barnmorskorna.

Forskningsfrågorna jag önskar besvara är följande:

Hur uppfattar barnmorskan fenomenet amning?

Hur uppfattar barnmorskan professionell kompetens i sitt arbete med amningshandledning?

1.3 Avhandlingens fortsatta upplägg och begränsningar

Barnmorskor ägnar sig åt professionell kompetensutveckling genom att i allt större utsträckning vidareutbilda sig via olika utbildningsprogram i amning (Hakulinen m.fl., 2017). Kompetensen beskrivs mestadels i form av kunnande i amningens fysiologi och färdigheter i praktisk amningsteknik. Övriga teorier om vad barnmorskors kompetens i amningshandledning antas vara och om hur denna handledning konkret bör ske finns det ei skrivande stund endast begränsat med information om och olika sjukhus runt om i landet använder sig av olika modeller.

Avhandlingen tar avstamp i utvalda teorier om professionell kompetens i kapitel två som erbjuder ett ramverk att spegla frågeställningarna och datainsamlingen mot. Ett urval av tidigare forskning angående amning och amningshandledning presenteras i kapitel tre. I kapitel fyra redogörs för metodvalet och den fenomenografiska forskningsansatsen diskuteras. Intervjun som kvalitativ datainsamlingsmetod beskrivs, tillsammans med de etiska ställningstaganden som intervjuhantverket kräver. Resultaten av undersökningen presenteras i kapitel fem. I det avslutande kapitlet diskuteras avhandlingens resultat i relation till den teoretiska referensramen. Därefter följer en kritisk diskussion av metoden. Avslutningsvis diskuteras den praktiska nyttan av studien och förslag till vidare forskning ges.

I avhandlingen noteras följande begränsningar: Jag har valt att begränsa mig till WHO:s och Hotus riktlinjer för handledning, presenterade i kapitel 3.2 och som får fungera som definition av begreppet amningshandledning. I texten nämns genomgående amningshandledning för den blivande modern, inte för fadern eller moderns partner eller stödperson. Dessa personers stöd har konstaterats vara av avgörande betydelse för moderns val att amma eller inte men hamnar utanför denna avhandlings räckvidd. Jag har valt att begränsa begreppet handledning till vad det innebär för en barnmorska som arbetar med amning och arbetet hade högst troligen varit betjänt av en redogörelse för begreppets innebörd och betydelse inom pedagogisk forskning. Slutligen tål det att upprepas att barnmorskornas roll vad amningsstöd beträffar är viktig men begränsad, med tanke på att tiden på BB då stödet ges är kort och minskar i takt med att mammorna stannar på sjukhuset under allt kortare tid.

2. Professionell kompetens

Forskningen om professionell kompetens omfattar många olika typer av såväl teorier som forskningsansatser. Det finns idag ingen entydig definition på begreppet professionell kompetens och att värdera och mäta professionell kompetens är således varken enkelt eller oproblematiskt. Ett sätt att navigera bland uppfattningarna om begreppet är att använda sig av Aristoteles tre kunskapsformer *episteme*, *techne* och *fronesis*. Episteme brukar beskrivas som den teoretiska, vetenskapliga kunskapen, en universell form av kunskap som är oberoende av kontext. Techne i sin tur beskrivs som en pragmatisk, teknisk färdighet som är beroende av kontext. Fronesis slutligen beskrivs som praktisk visdom, baserad på etik och reflektion. Fronesis beskrivs som pragmatiskt, kontextberoende tänkande och handlande. (Kinsella & Pitman, 2012). För all yrkesutövning behövs dessa tre egenskaper. Vilken slags kunskap som vägs och bedöms vara tyngst varierar utifrån såväl kontext som rådande epistemologiska och ontologiska förutsättningar.

Den vetenskapliga teoretiska diskussionen om professionell kompetens i samhället i allmänhet och inom hälso- och sjukvården tog fart under 1990-talet som ett resultat av de socioekonomiska förändringar som ägde rum i samband med informations- och teknologisamhällets snabba utveckling. De reformer som har haft som målsättning att utvärdera och effektivisera bl.a. den offentliga sektorn har gått under namnet New Public Management. Dessa samhälleliga förändringar med ökande krav på effektiviseringen av olika kunskapsfält och verksamhetsområden i samhället ledde till ett ökat intresse för begreppet professionell kompetens och dess utveckling även inom områden som tidigare inte varit av intresse att mäta och utvärdera (Dall'Alba och Sandberg, 2006.)

I vardagliga sammanhang har professionell kompetens olika betydelser och kan därmed användas med varierande innebörd. Schaffar (2019) beskriver hur begreppet används för att beskriva en förkroppsligad egenskap hos en individ. Termen används även i organisationsteoretiska och interpersonella diskussioner menar Schaffar (2019) som påpekar att även om professionell kompetens är mångtydigt så innebär det inte att det är otydligt utan endast att det saknas en entydig definition som är oberoende kontext. Schaffar (2019) konstaterar vidare att begreppet professionell kompetens i olika kontext är i behov av noggrann granskning utefter de specifika förutsättningar som råder för att förtydliga vad det

är för slags kunskap vi menar i dessa tider då professionell kompetens diskuteras, värderas, och mäts.

På vad riktas fokus då man undersöker professionell kompetens i allmänhet och i hälso- och sjukvårdens domäner i synnerhet? Eftersom forskningsintresset i denna avhandling är inriktat på vad barnmorskor upplever att professionell kompetens i deras amningshandledningsverksamhet utgörs av och en dylik kompetens inte tydligt är preciserad blev sökningen på teorier som kunde vara behjälpliga bred och allmän. Genom sökningar på begreppen hälso- och sjukvård och professionell kompetens valdes ett fåtal teorier ut med förhoppning om att lyfta fram olika dimensioner och få ett brett perspektiv på begreppet.

I följande kapitel presenteras det man brukar kalla klassiska teorier, i vilka kompetens handlar om att samla in kunskap och utveckla sina färdigheter enligt ett förutsägbart mönster (Dreyfus och Dreyfus, 1980, samt Benner, 1982). Exempel på en modell som ifrågasätter ett förutbestämt kunskapsinsamlade och färdighetsutvecklande och i stället föreslår en transformerande förståelse presenteras (Dall'Alba och Sandberg 2006). En holistisk modell med ett så gott som alltäckande perspektiv på professionell kompetens redogörs för (Cheetham och Chivers 1998). En modell som mer berör personlig kännedom av de kompetenser man har presenteras avslutningsvis (Race 2006 i Sellman 2012). Förhoppningen är att med denna teoretiska bakgrund visa på bredd och på olika fokus när det gäller det omfattande begrepp som professionell kompetens utgörs utav.

2.1.Stadiemodeller

Professionell kompetens har traditionellt beskrivits som ett kumulerande av kunskap och färdigheter, som sker genom ett förutsett mönster, via olika stadier. Kunskap sågs som något konkret, enhetligt, som förmedlades genom undervisning av fakta och teorier. Efter överföringen av kunskapsblocket var avslutat kunde den därefter tillämpas i den praktiska verksamheten. Kunskap betraktades således som något skilt från praktisk verksamhet. (Dall'Alba & Sandberg, 2006.) Detta statiska sätt att förhålla sig till kunskap och kompetens utmanades bl.a. av författarna Dreyfus och Dreyfus (1980).

Dreyfus och Dreyfus (1980) menade att professionell kompetens inte enbart handlade om ett

kumulerande av kunskap och information utan även om en dimension av sammanhang. De lyfte fram andra former av kunskap, som erhöles genom praktisk erfarenhet och som utgick ifrån ett specifikt sammanhang. Dreyfus och Dreyfus (1980) arbete utgjorde en motreaktion till diskussionen om artificiell intelligens, i vilken människors kunskaper och färdigheter jämfördes med maskiners förmåga att lösa problem och utföra uppgifter med hjälp av algoritmer. Författarna ansåg också att den professionella utvecklingen följde ett distinkt mönster. Då en person påbörjar sin yrkesverksamhet utgörs kompetensen visserligen inledningsvis av insamlad kunskap men allteftersom expertisen utvecklas, utvecklas kompetensen mer och mer till en intuitiv förståelse av verksamheten i fråga. Dreyfus och Dreyfus (1980) utvecklade en modell med fem kompetensnivåer: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Genom praktisk erfarenhet avancerar individen till olika nivåer i sin professionella utveckling. För att bli expert inom ett område behövdes dock enligt författarna en annan form av förståelse än en teoretiska och den praktiska, nämligen en intuitiv förmåga att bedöma vad som krävs för en uppgift.

Benner (1982) inspirerades av Dreyfus och Dreyfus och har varit tongivande för hur man beskriver och utvärderar professionell kompetens i hälso- och sjukvården och tillämpade deras tankar på sjuksköterskans kompetens och dess utveckling. Benner identifierade sju domäner, i vilka sjuksköterskans olika kompetenser beskrevs. De sju domänerna utgjordes av den hjälpande rollen, undervisande och vägledande funktion, diagnostik och övervakande funktion, effektivt hanterande av snabbt skiftande situationer, att utföra och övervaka behandling, att övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt omvårdnadsarbete samt att planera och organisera för personalens arbete och vården. (Benner, 1982)

Dreyfus och Dreyfus (1980) beskrev novisen som en nybörjare i schack som endast känner till hur de olika pjäserna får flytta sig. Benner (1982) beskrev hur en novis-sjuksköterska som utför enkla uppgifter enligt regler och direktiv utan att kunna relatera dem till kontexten. Allteftersom novisen får mer erfarenhet avancerar hen till nästa stadium, avancerad nybörjare. För den avancerade nybörjaren kännetecknas kompetensen av en förmåga att känna igen situationer och kunna handla med viss klinisk erfarenhet. Den avancerade nybörjaren har blivit införstådd med att förhållningssätten ibland varierar efter situationen och visar således prov på ett något vidare perspektiv (Dreyfus & Dreyfus, 1986). Hen är i behov av stöd för att optimalt kunna organisera och prioritera bland arbetsuppgifterna

(Benner, 1982).

Det tredje stadiet, den kompetenta nivån, utmärks av en förmåga att kunna sortera och prioritera bland arbetsuppgifterna genom att använda sig av tidigare erfarenheter. På denna nivå arbetar sjuksköterskan effektivt och organiserat och har en utvecklad förmåga att planera. Hen saknar ännu en förmåga till vad författaren kallar flexibelt tänkande och handlande men är ändå förmögen att organisera arbetet enligt abstrakta och analytiska principer. (Benner, 1982.)

Den fjärde nivån, den skickliga, tillämpad på sjuksköterskor beskrivs av Benner (1982) som präglad av ett holistiskt sätt att resonera och en förmåga att prioritera i en situation. Expertstadiet, det sista stadiet beskrivet av Dreyfus och Dreyfus, handlar enligt Benner (1982) om att ha omfattande kunskaper som grund för att med både självsäkerhet och en intuitiv förmåga kunna hantera komplexa situationer. På expertnivån spelar regler och direktiv en mindre roll för sjuksköterskans förmåga att förstå och handla, i stället är det en slags intuitiv förmåga som identifieras. Dreyfus och Dreyfus beskriver experters tillvägagångssätt vid problemlösning med följande citat: "When things are proceeding normally, experts don't solve problems and don't make decisions; they do what normally works" (Dreyfus & Dreyfus, 1986, s. 30).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att begreppet professionell kompetens enligt Benner (1982) handlar om att i växande omfattning och i en specifik ordningsföljd införliva kunskaper och färdigheter relaterade till arbetsuppgiften för att kunna utveckla förmågan att se till helheten. I botten av triangeln förlitar sig personen på abstrakta principer, regler och direktiv i sitt handlande. På expertnivån har hen genom sin erfarenhet utvecklat en intuitiv förmåga att fokusera på det väsentliga och att se helheter. Vad den identifierade intuitiva förmågan består av förtydligades inte. Dall'Alba och Sandberg tog fasta på detta i sin kritiska studie av stadiemodellen, i vilken de även ifrågasätter att professionell kompetens utvecklas genom ett viss förutsägbart mönster. Dall'Albas (2009) och Dall'Albas och Sandbergs (2006) teorier om professionell kompetens diskuteras i följande kapitel.

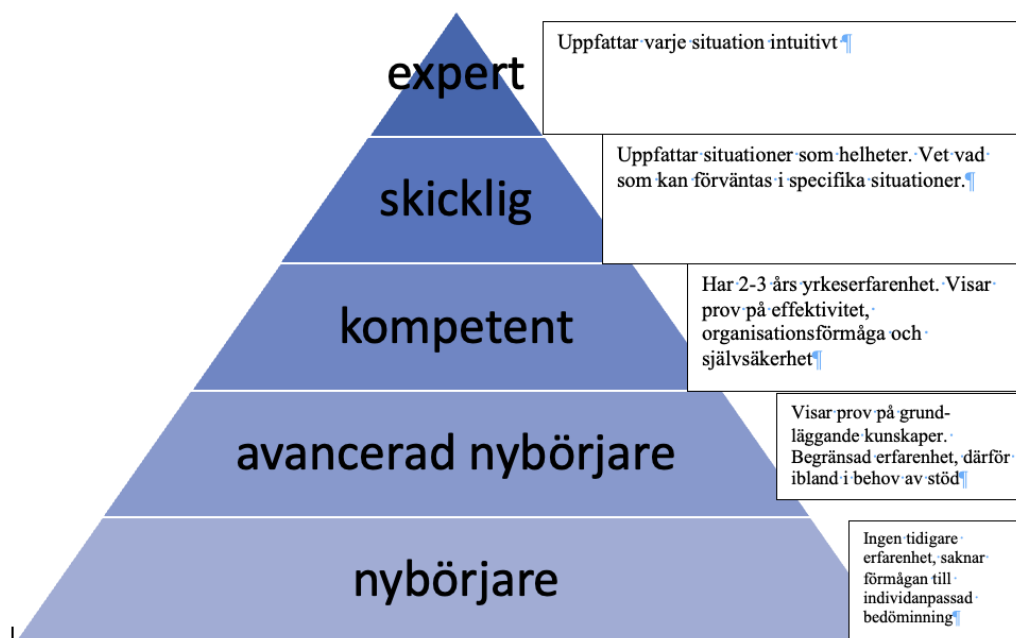


Bild nr. 1. Kompetensutveckling enligt Benner (1982).

2.2 Metamorfos och förkroppsligad förståelse

Då Benner, (1982) inspirerad av Dreyfus & Dreyfus (1980), såg ett specifikt mönster i professionell kompetensutveckling, som präglades av både bundenhet och av en alltmer utvecklad förmåga att dra nytta av sina erfarenheter i arbetet i stället för att låta sig guidas av abstrakta teorier och principer så argumenterade Dall'Alba och Sandberg (2006) i sin tur för att professionella utvecklingsbanor inte kan vara förutbestämda. I denna förståelse- och färdighetscentrerade modell som nu presenteras ges utrymme för individuella utvecklingsmöjligheter och därmed för mer dynamik och rörelse i kompetensutvecklingen än vad Benners (1982), och Dreyfus och Dreyfus (1980) modeller gjorde. Dall'Alba och Sandberg (2006) berör också frågan varför inte alla blir experter med tiden.

Dall'Alba och Sandberg (2006) efterlyste ett förtydligande av vad kärnan i professionell kompetens utgörs av och menade att den utgörs av en speciell förförståelse. Det handlar inte enligt författarna om en kognitiv förståelse utan om vad de kallar en förkroppsligad förståelse av professionell verksamhet. Den förkroppsligade förståelsen innebär en förmåga att ständigt

integrera nya färdigheter och kunskaper. Förståelsen beskrivs som något som sker i en spiralformad rörelse då varje ny situation medför ett nytt sätt att integrera tidigare kunskap. Hur man integrerar ny kunskap sker antingen genom en slags förfining av egna förståelsen eller genom en mer radikal metamorfos, som innebär att man tar till sig mer komplexa och komplicerade resonemang än tidigare och mer drastiskt ändrar sin förståelse. Författarna beskriver i sin modell nedan (bild 2.) hur förmågan att utveckla sina färdigheter (skill progression) och förmågan till ”förokroppsligad förståelse av verksamheten” (embodied understanding of practice) leder till olika banor av professionell utveckling.

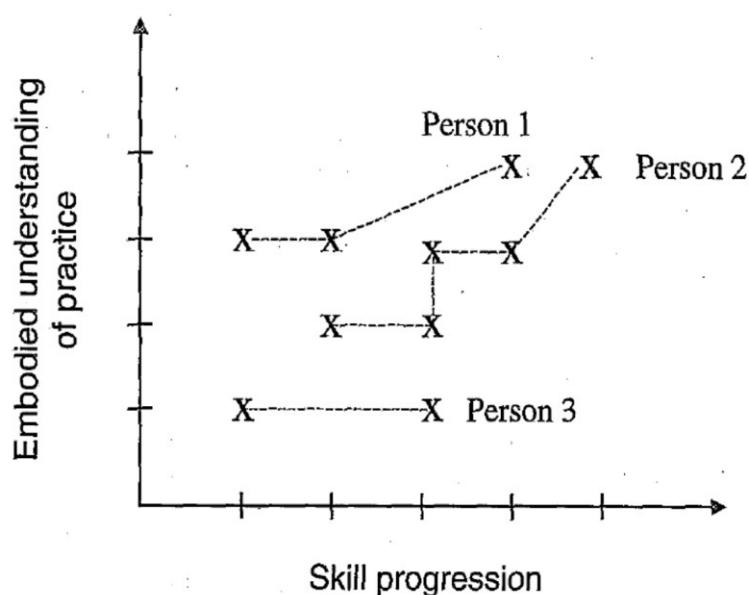


Bild nr. 2. Professionell utveckling enligt Dall'Alba och Sandberg (2006).

Dall'Alba och Sandberg (2006) menar att erfarenhet har betydelse i utvecklandet av färdigheter men poängterar att denna utveckling inte följer specifika stadier. Professionell utveckling utgörs i många fall endast av en slags ”förfining” av det man redan vet dvs en förflyttning längs den horisontella axeln. Personerna i diagrammet ovan har olika professionella utvecklingsbanor, beroende på hur de tar till sig den s.k förokroppsligade förståelsen av verksamheten. Person ett och två ovan förändrar sin förståelse för verksamheten i olika takt. Person tre utvecklar sina färdigheter men ingen transformation sker med hens förståelse. Den vertikala dimensionen i Dall'Albas och Sandbergs modell (se bild 2.) syftar på en form som de kallar förståelse för, och förståelse i praktiken

(understanding of, and in practice eller embodied understanding). Denna förståelse utgörs av en förmåga att integrera och införliva de rutiner och traditioner som utövas i yrket i fråga. Detta införlivande kännetecknas enligt Dall'Alba (2009) av en mängd tvetydigheter: mellan kontinuitet och förändring, mellan möjligheter och begränsningar, mellan öppenhet och motstånd samt mellan individ och andra. Modellen förtydligar enligt författarna varför inte alla blir experter inom sin bransch med tiden.

2.3 Holistiska modeller

Teorier om professionell kompetens som hittills beskrivits har beskrivit tekniska färdigheter utvecklade inom en specifik kontext genom praktisk erfarenhet samt personliga egenskaper och förmågor att ta sig till ny kunskap i varierande kontext. Författarna har lyft fram professionell utveckling och hur den sker och mindre uppmärksamhet har ägnats åt vad kompetensen utgörs av. Följande modell som presenteras, Cheetham och Chivers (1998) fokuserar mindre på erfarenhetens betydelse och mer på personens egenskaper. Modellen utgår ifrån yrket i fråga och arbetsmiljön under vilka förhållanden arbetet utförs: fysiska, kulturella och sociala förhållanden.

I modellen specificeras fyra kärnkomponenter varav den första är *kunskaps- och kognitiv kompetens*. Den består av såväl teknisk som teoretisk kunskap, s.k. ”tyst” kunskap samt en kognitiv förståelse för kontexten i vilken man befinner sig. Till denna kategori av kompetenser hör även insikt om procedurer och rutiner på arbetsplatsen, som beskrivs då man svarar på frågan ”vem gör vad när”. Den andra kärnkomponenten utgörs av s.k. *funktionell kompetens*, som handlar om yrkesspecifik kompetens. Den funktionella kompetensen är process- och organisationsinriktad och omfattar både vad författaren benämner mentala funktioner (såsom t.ex. IT-kunskaper) och fysiska funktioner (såsom händighet och motorisk förmåga). (Cheetham & Chivers, 1998.)

Den tredje kärnkomponenten kallas *personlig kompetens* eller *beteendekompetens* och i den beskrivs både sociala- och yrkesmässiga förmågor och vad författarna kallar intraprofessionella kunskaper. De sociala och yrkesmässiga kompetenserna gäller bl.a. självförtroende, stresshantering, förmåga att lyssna och att koncentrera sig. De intraprofessionella kompetenserna beskrivs som förmåga till kollegialitet och anpassning till

rådande betendenormer. Den fjärde kärnkomponenten benämns som *etisk kompetens* och omfattar både personlig och professionell etisk kompetens. Den personliga etiska kompetensen gäller värderingar och anpassningsförmåga till moraliska eller religiösa seder, hur man förhåller sig till laglydighet samt hur mottaglig man är för andra människors behov. Den professionella etiska kompetensen berör inställningen till professionella seder, förmågan till etiskt omdöme och plikt känsla. (Cheetham & Chivers, 1998.)

De fyra kärnkomponenterna påverkas av och interagerar med fyra s.k. metakompetenser, som utgörs av förmågan till kommunikation, problemlösning, kreativitet och självutveckling. Metakompetenser karaktäriseras av förmågan hos individen att utvärdera och vidareutveckla sina olika kompetenser. Resultatet av interaktionen mellan de fyra kärnkomponenterna och metakompetenserna visar på olika former av professionell kompetens. En s.k. supermetakompetens identifierades som individens förmåga till reflektion, vilket innebär en möjlighet och för individen att utveckla sina förmågor inom olika kompetensområden. (Cheetham & Chivers, 1998.)

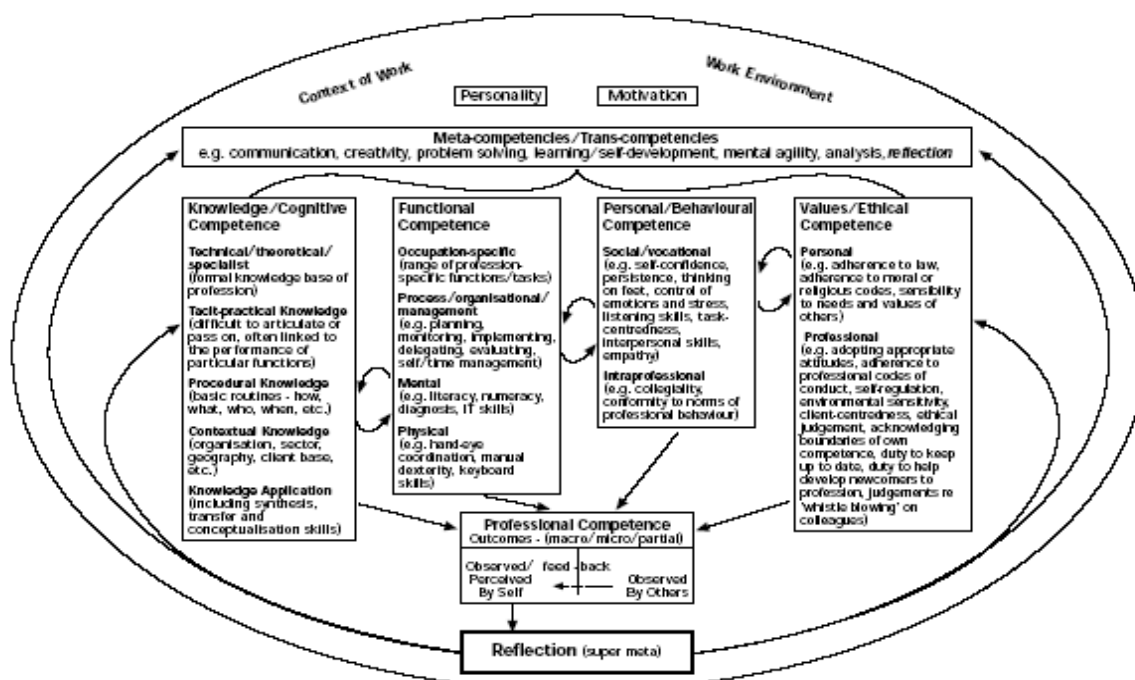


Bild nr. 3. Holistisk modell av professionell kompetens. (Cheetham & Chivers, 1998).

Supermetakompetensen reflektion kan behöva förtydligas. Cheetham och Chivers (1998) inspirerades av Schöns (1983) teorier om reflektiv verksamhet. Schön var en amerikansk organisationsteoretiker som på 1980-talet diskuterade den förtroendekris för professioner, som han menade rådde i samhället, en kris som enligt Schön berodde på att samhället utvecklades mot vad han kallade teknisk rationalitet (Schön, 1983). Schön ansåg att kunskap även blir till genom handling och för att ta sig an professionella utmaningar behövs vad han kallade ett konstnärskap, som till stor del utgjordes av s.k. tyst kunskap samt av förmågan att reflektera över vad man gör, både under tiden som man gör det och efteråt (Schön 1983, i Cameron, 2009). Schöns begrepp reflektion-i-handling beskriver förmågan att under arbetets gång, tänka om och göra om, när man märker att någonting inte fungerar. Reflektion - efter handling beskriver den förmågan att efter en uppgift är avslutad reflektera över vad som hände och hur man skulle kunna göra det bättre. Hans teorier om den reflektive praktikern (Schön, 1983) förde med sig ett perspektiv på professionell kompetens, som kan betraktas som en motreaktion till den teknisk-rationella kunskapssyn som gjorde sitt intåg under tidigt 1980-tal (Cameron, 2009.)

Cheetham och Chivers (1998) modell kartlägger ett rikt antal aspekter, som är mer eller mindre relevanta beroende på vilken form av professionell verksamhet man önskar tillämpa den på. Torr (2008) tillämpade Cheetham och Chivers (1998) holistiska teorier i en doktorsavhandling i vilken hon undersökte professionell kompetens i farmaceutisk verksamhet i Nya Zeeland. Torr (2008) identifierade fem domäner i den farmaceutiska verksamheten: 1) kognitiv 2) teknisk och funktionell 3) juridisk och etisk 4) organisatorisk samt vad hon kallar 5) inter- och intrapersonlig domän. Torr beskrev hur den professionella kompetensen utvecklas i takt med att individen utvecklar sin förmåga att till fullo integrera färdigheter, kunskap och beteende som hör till varje domän.

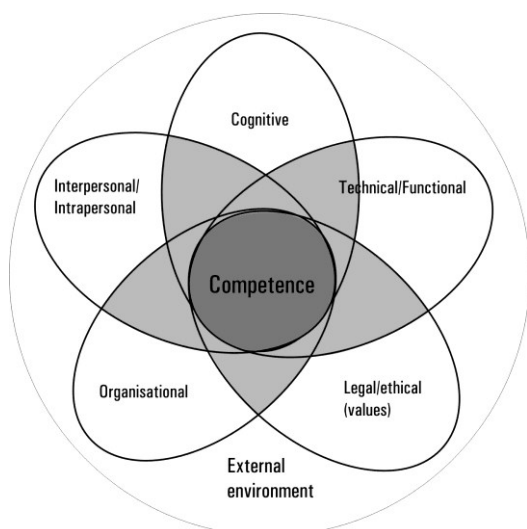


Bild nr. 4. Integrerad modell av farmaceutisk professionell kompetens (Torr, 2008).

Torr (2008) modell verkar visa på att det finns som en gemensam kärna av professionell kompetens som berör samtliga domän. Den något ljusare färgen som bildar ett stjärnmönster runt kärnan beskrivs i modellen som de områden i vilka personen är i färd att utveckla sina förmågor att använda integrera olika kunskaper och färdigheter inom olika domän. Med hjälp av denna modell förtydligar Torr (2008) även skillnaden mellan en expert och en specialist för den som inte har reflekterat över den skillnaden ännu: en expert har utvidgat den mörkfärgade cirkeln symmetriskt över större delar av de fem domänen. Specialisten å sin sida, vidgar sin kärnkompetens asymmetriskt i en viss riktning, inom ett eller några domäner.

2.4 Professionell fronesis

Fronesis beskrivs ofta som en strävan emot Aristoteles ideal att göra de rätta sakerna för rätt person på rätt tid, på rätt sätt, av de rätta skälen. Professionell fronesis handlar enligt Sellman (i Kinsella & Pitman, 2012) om ett förhållningssätt till begreppet professionell kompetens. Författaren förespråkar ett synsätt på professionell kompetens som förutsätter att man lämnar det tekniskt rationella synsättet bakom sig och i stället granskar den professionella verksamheten med perspektiv som inte går att definiera med teknisk-rationella begrepp. Sellman kritiserar hur en alltför snäv definition av professionell kompetens låter påskina att det handlar om förmågan att steg för steg utföra uppgifter under förhållanden som är strikt

begränsade. Författaren lyfter fram den kontrollerande inverkan som han menar olika institutioner och ideologier har på en individs förmåga att utveckla professionell kompetens och refererar bl.a. till management teories krav på mätning och effektivisering samt övriga sociala och politiska kontexter. (Sellman i Kinsella och Pitman 2012.).

Sellman försöker ringa in begreppet professionell fronesis med hjälp av Race (2006) teori om professionell kompetens. Race (2006) beskriver fyra aspekter av kompetens: de kompetenser vi känner till (övre, höger kvadrant), de vi vet att vi inte känner till (nedre, höger kvadrant), de kompetenser vi inte känner till att vi har (övre kvadranten åt vänster) samt de vi inte vet att vi inte har (nedre kvadranten åt vänster). De kompetenser som beskrivs med kvadranterna på höger sida, som personen alltså är medveten om (vad vi vet att vi kan och vad vi vet att vi inte kan) beskriver Race (2006) som tydliga och oproblematiska för en person att identifiera inom sig själv. Det krävs endast en ärlig uppskattning av egna förmågor och oförmågor för att nå denna insikt. Kvadranterna som befinner sig i tabellens vänstra sida är mer problematiska enligt Race (2006), då det handlar om omedvetna aspekter av vad vi kan och vet och om vad vi inte kan och inte vet. Kvadranten som beskriver omedvetna icke-kompetenser (i modellen nämnd "risk") beskrev Race (2006) som den "farliga lådan" och konstaterade att den dimensionen utgör en risk i all professionell verksamhet: avsaknad av insikt i var gränserna går för den egna professionella kompetensen. (Sellman i Kinsella & Pitman, 2012).

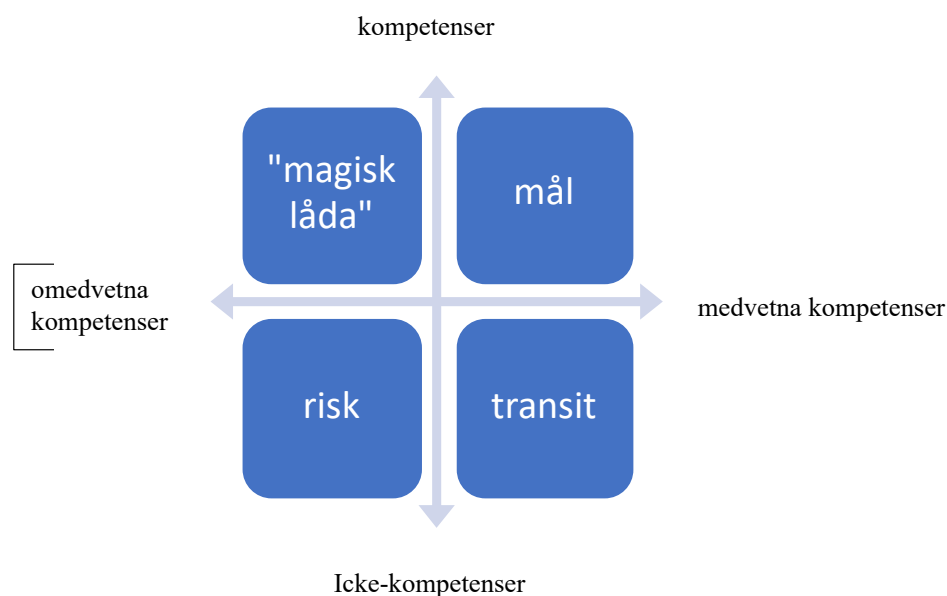


Bild nr. 5. Kända och okända kompetenser och icke-kompetenser (Race, 2006)

Begreppen ”mål” och ”transit” i modellen beskriver en dynamisk rörelse: ”Mål”-kvadranten pekar på att medvetandegörandet av sina kompetenser är något eftersträvansvärt. ”Transit” betecknar det faktum att de kompetenser man inte känner till hamnar i rutan ”medvetna kompetenser” i den stund personen blir medveten om dem. Sellman sammanfattar att ett första steg mot professionell fronesis är att inse den farliga lådans existens, d.v.s. inse att det kan finnas inom oss förmågor eller kunskapsområden som kan utgör hinder för vår professionella kompetens. Författaren beskriver hur professionell fronesis utgörs av ens inre uppriktiga önskan att bli den bästa professionellt verksamma (barnmorskan) man kan enligt sina förutsättningar. För det krävs ett ärligt sökande och en vilja att handla efter de ideal som Aristoteles stipulerade menar Sellman. Hur kan man då utveckla sin förmåga till professionell fronesis? Sellman rekommenderar reflektion enligt Schön (1983) samt att aktivt söka konstruktiv, kritisk feedback från kollegor, klienter och övriga. För att göra det krävs en stor dos av ärlighet, integritet och öppenhet (Sellman i Kinsella & Pitman, 2012.) och han förtydligar:

Armed with this insight, we can then set out on a voyage of discovery to uncover the professionally relevant contents of our own not knowing boxes in general and of our danger box in particular. This task requires not only an active desire to seek out strategies to reveal those things previously hidden to us but also a willingness to act on the findings.

2.5 Sammanfattande diskussion

I detta kapitel har olika modeller fått belysa varierande dimensioner av begreppet professionell kompetens. En utveckling över tid av begreppet kan skönjas: från tekniska färdigheter och insamlande av teoretisk och praktisk kunskap till relationer till andra människor och personliga egenskaper, självkänedom och ambition. Skillnaden mellan dem utgörs av vart de riktar sin blick, vad de är de bedömer är viktigast. Frågan är oundvikligen i vilket syfte man granskar kunnandet och ur vems perspektiv.

Författarna poängterar i olika grader betydelsen av erfarenhet i den praktiska verksamheten. Det finns andra sätt att nå insikter menar t. ex Dall'Alba och Sandberg (2006) tillför en dimension av professionell kompetens som utgörs av en integrerande förmåga hos individen att ta till sig insikter och kunskaper i en ofta motsägelsefull omgivning samt förmågan att låta sig själv ständigt transformeras. Denna förmåga är av avgörande betydelse för en persons professionella kompetensutveckling menar författarna (Dall'Alba & Sandberg, 2006, Dall'Alba, 2009).

Cheetham och Chivers (1998) i sin tur identifierar alla faktorer man kan behöva ta i beaktande då man bedömer ens persons förmåga till att göra ett gott arbete. Författarna poängterar super- och metakompetensernas framträdande roll i att påverka och styra riktningen för andra beskrivna kompetenser och lyfter fram både förmågan att reflektera över det egna görandet och den inre motivationen att vilja utvecklas som i särklass viktigaste aspekter av professionell kompetens. Så som jag ser det förklarar Cheetham och Chivers modell för läsaren hur varje verksamhet har sina domäner och sina kunskaper och förmågor nödvändiga för just deras profession och att bilden av vad för slags kunskaper och förmågor man behöver är komplex och mycket varierande. Den komplexa modellen synliggör den stora mängden dimensioner av kunnande som kan föreligga för var profession men att vissa egenskaper (super- och metakompetenserna) ändå väger tyngre. Här ser jag en parallell med Dall'Alba och Sandberg (2006) och Dall'Albas (2009) resonemang om att professionell kompetens utgörs bl.a. av förmågan att integrera en viss förståelse av uppgiften. Författarna verkar samtliga mena att professionell kompetens är starkt bundet med personens inställning till det egna kunnandet och lärandet och hur hen tillämpar dessa tankar i sin egen professionella utveckling.

Sellman (i Kinsella & Pitman 2012) är inne på samma linje och poängterar den inre motivationen att vilja bli den bästa man har förutsättningar att bli. Därtill lägger Sellman till aspekten av osäkerhet, som en kompetens att beakta som en avgörande del i den professionella självinsikten. Cheetham och Chivers (1989) har i sina metakompetenser beskrivit något liknande: en vilja att utvecklas och förmågan att reflektera över den. Att konstatera att man vill bli bättre och reflektera över de tankarna leder dock inte nödvändigtvis till handling konstaterar Sellman. Ett inre driv att inte endast göra rätt sak på rätt plats på rätt tid, för rätt person av de rätta skälen men därtill ständigt sträva efter att bli sitt bästa

professionella jag förefaller vara en kompetens som ligger i tiden, vår tid som präglas av uppmaningar om att gå ”utanför sin egen bekvämlighetszon” och för allt i världen! inte stanna upp och vila på sina lagrar. Orden strävan dyker upp i mina tankar, ordet som lyser med sin frånvaro i presenterade modeller av professionell kompetens. Strävan i betydelse av tråget arbete, ansträngning, bemödande, kämpande, möda och slit (synynom.se) beskriver en människas flit, beslutsamhet och ihärdighet, begrepp som enligt skribenten skulle vara förtjänt av att lyftas fram mer i diskussioner om professionell kompetens.

Avslutningsvis konstateras således att teorierna med sina modeller riktar blickfånget mot olika aspekter och är behjälpliga genom att vidga perspektivet på professionell kompetens i amningshandledning. Teorierna utgör därmed en karta av mer eller mindre detaljerade, varierande kompetensområden, som jag i avhandlingens diskussionsdel försöker relatera undersökningens resultat till.

3. Amning och amningshandledning

I denna avhandling granskas professionell kompetens för en specifik yrkesgrupp: de amningshandledande barnmorskorna. Tidigare kapitel förtydligar hur professionell kompetens bl.a. handlar om hur man förstår sitt arbetsområde och arbetsuppgifterna. Hur de amningshandledande barnmorskorna uppfattar sitt arbetsområde med tillhörande arbetsuppgifter utgörs i sin tur utav deras förståelsen av amningen som fenomen. Som bakgrund till fenomenet amning och för att förtydliga ämnet för läsaren presenteras i följande kapitel tidigare studier i amningens betydelse för folkhälsan samt studier i ämnet amningshandledning. Kapitel 3.1 inleder med en introduktion av amningens hälsofördelar och av de rekommendationer som råder. I kapitel 3.2. presenteras WHO:s principer och direktiv för amningshandledning. I kapitel 3.3 slutligen presenteras tidigare forskning i attityder och uppfattningar till amning och amningshandledning bland mödrar och vårdpersonal.

3.1 Amningens hälsofördelar och rekommendationer

Inledningsvis presenteras kortfattat de vetenskapligt belagda hälsofördelarna med amning. En redogörelse för internationella och nationella rekommendationer angående amning görs. Amningens förekomst i Finland presenteras kortfattat och utbildningen i ämnet beskrivs.

Amningens många hälsofördelar är väl dokumenterade (Victoria m.fl., 2016). Amning är en folkhälsofråga som i många delar av världen kan utgöra skillnaden mellan liv och död för spädbarn. Det var dock inte förrän 2016 som en av de mest renommerade engelskspråkiga vetenskapliga tidskrifterna the Lancet publicerade en artikel i vilken amningens hälsofördelar bekräftades. Författarna (Victoria m.fl., 2016) genomförde en metastudie om amningens förekomst och om de hälsofördelar som vetenskapligt kunnat bevisas. Det konstaterades bland annat att i låg- och mellaninkomstländer är amningen som fenomen mer utbrett än i höginkomstländer. I korthet konstaterade författarna att ju rikare landet är, desto kortare tid ammar mödrarna. I låg- och mellaninkomstländer helammades 37 % av de spädbarn som är under sex månader gamla. I höginkomstländer – som exempelvis Finland – ammade i någon grad i genomsnitt ca 20 % av spädbarnen som är under sex månader gamla. (Victoria m.fl., 2016.)

Hur amningsciffrorna ser ut i Finland i skrivande stund (april 2021) är inte fastställt. Fram till 2010 skedde var femte år en utvärdering av statistik som mödravården förde över amning. Därefter upphörde utvärderingen. Ikonen och Hakulinen (2019) anser dock att man i Finland har tagit stora steg framåt med det att stödja amningsarbetet. Exempel på framsteg utgörs av det s.k. nationella handlingsprogrammet för stödjande av amning som utkom 2017 (Ikonen & Hakulinen, 2019). Därtill kan nämnas att Finland 2018 i enlighet med WHO:s direktiv (WHO, 2017) tillsatte en nationell samordnare av amningsarbetet i Finland, som arbetade deltid för THL (föreläsning 9.4.2020). 2020 utkom en rapport i vilken en ökad förekomst av amning kunde skönjas men att resultaten är att betrakta som endast rikttningsvisande, då svarsfrekvensen i undersökningen var låg och resultaten inte till alla delar regionalt representativa (Ikonen m.fl., 2020). I mars 2021 meddelades från THL att tjänsten som nationell amningskoordinator inte kommer att fortsätta (personlig kommunikation, Ikonen, 2021).

De vetenskapligt bevisade hälsofördelarna med amning väger tungt: dels innebär amning minskad spädbarnsdödligheten i låg- och mellaninkomstländer, dels ett långsiktigt immunologiskt skydd, som fortsätter efter amningen har avslutats både för barnet och mamman. (Victoria m.fl., 2016). Den förmodade viktigaste hälsobefrämjande effekten som amningen för med sig är skyddet för infektioner i både luftvägs och mag- och tarmkanalen, infektioner som i låg- och mellaninkomstländer leder till dödlighet hos spädbarn som inte ammas. För kvinnor innebär amningen dels ett effektivt preventivmedel och (i låg- och mellaninkomstländer) en större möjlighet att hinna återhämta sig mellan graviditeterna, dels ett direkt skydd mot bröstcancer. Både barn och kvinnor skyddas mot diabetes och övervikt, två av detta sekels största folksjukdomar. Troligen skyddar även amningen mot äggstockscancer. (Victoria m.fl., 2016.)

Rekommendationerna vad beträffar amning är enligt WHO följande: Amningen bör inledas inom en timme efter barnet är fött för att barnet ska få ett effektivt skydd mot sjukdomar. Under de första sex månaderna rekommenderas helamning d.v.s. att bröstmjolk utgör barnets enda näringskälla. Helamning innebär endast bröstmjolk plus D-vitamin samt möjligen andra vitaminer och eventuella läkemedel som barnläkaren har ordinerat. Efter sex månader rekommenderas delamning upp till att barnet är två år (WHO, 2018). I Finland skiljer sig

direktiven något från WHO:s direktiv och THL rekommenderar att man börjar ge barnet smakportioner av ”fast” föda mellan fyra och sex månaders ålder. Fortsatt delamning rekommenderas till dess att barnet är ett år. I rekommendationerna fastställs även familjens rätt till amningsstöd för att kunna fatta informerade beslut vad amningen beträffar. (THL, 2019.)

3.2 Rekommendationer för amningshandledning

WHO har i samarbete med Unicef publicerat ett antal direktiv som stöder arbetet med amningshandledning varav en av de viktigaste är: Att Skydda, Främja och Stödja Amning. Mödra-, Förlossnings-, BB- och Barnhälsovårdens viktiga roll. Ett gemensamt uttalande från WHO och Unicef (WHO, 2017, ursprungligen publicerad 1989). 1981 publicerade WHO och Förenta nationernas barnfond Unicef den internationella barnmatskoden (International Code of marketing of Breast-milk Substitutes) för att befrämja och skydda amning samt begränsa marknadsföring och distribution av bröstmjölk ersättning, som räknas till ett av de viktigaste dokumenten som behandlar amningsstöd i ordets vidare bemärkelse. Till övriga väsentliga dokument hör Innocenti-deklarationen (Unicef 1990), ett förkunnande från WHO och Unicef i vilken det preciseras att alla kvinnor har rätt till stöd till amning samt att alla spädbarn bör helammas till sex månaders ålder.

3.2.1 BFHI och de tio stegen.

WHO och Unicef lanserade 1991 ett handlingsprogram med målsättning att skydda, befrämja och stödja amning i samtliga hälso- och sjukvårdsenheter där gravida, nyblivna mödrar och spädbarn vårdas: Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI); på svenska översatt till initiativet till amningsvänliga sjukhus (på finska vauvamyöntäisyys-ohjelma). I handlingsprogrammet presenterades evidensbaserade, amningsstödjande kriterier som sjukhus bör utgå ifrån för att få kalla sig amningsvänliga och för att få ansöka om ett s.k. amningsvänligt certifikat. Certifikatet fungerar som en bekräftelse på att man på vederbörande sjukhus handlägger amningshandledning enligt vetenskapligt belagd praxis (Ikonen, 2020). Sjukhusens verksamhet går igenom en utvärderingsprocess för att få ansöka om ett BFHI-certifikat. THL övervakar processen och utfärdar intyget efter genomgången process och vart femte år bör en ny auditering utföras. Handlingsprogrammet för sjukhus har regelbundet uppdaterats,

senast 2018. BFHI-programmet har anpassats både till neonatalavdelningar, d.v.s. sjukhusavdelningar där spädbarn som kräver specialistvård vårdas (ILCA u.å.) samt till den öppna hälsovården för gravida och barn. En expertgrupp från de nordiska länderna samt Kanada publicerade 2015 Neo-BFHI för neonatalavdelningar på sjukhus. År 2017 utgavs det amningsvänliga programmet för rådgivningarna, i ett led att göra amningsstödet mer enhetligt för den gravida kvinnan.

Till kärnan i BFHI-handlingsprogrammet hör de s.k. tio stegen för att förebygga, befrämja och stödja amning. De tio stegen är indelade i dels institutionella direktiv gällande management och styrning, dels kliniska direktiv för personalen (WHO, 2018). Nedan följer en kortfattad redogörelse för detta amningsstödjande handlingsprogram.

De första tre stegen berör s.k. avgörande hanteringsförfaranden (min översättning, på engelska *critical management procedures*) och handlar om vilka grundläggande förutsättningar bör gälla på ett sjukhus för att få kalla sig amningsvänligt. Det första steget som presenteras berör WHO:s internationella barnmatskod i vilken marknadsföring av bröstmjölk ersättning och annan föda till spädbarn regleras. I det första steget ingår även att ha ett skriftligt handlingsprogram, tillgängligt för både personal och patienter i vilken rutinerna vad gäller amningshandledning förklaras. Sjukhus bör därtill föra statistik på amningsrelaterade siffror och kunna redogöra för dem. Andra steget poängterar kraven på upprätthållande av personalens kunskaper, kompetens och färdigheter när det gäller amningshandledning. Övriga steg behandlar den kliniska verksamheten och hur personalen förväntas arbeta med amningshandledning. Exempel på dessa är att ta upp amning till diskussion under graviditeten, att genast efter födseln underlätta för barnet att få vara i hud-mot-hud-kontakt med mamman, att hjälpa mamman att börja amma genast då barnet är fött, att tillåta mor och barn att få vara tillsammans dygnet runt. Vidare ingår att undervisa föräldrarna i hur barnet signalerar hunger och tillika informera om riskerna med nappflaskor och nappar. Slutligen ska personalen kunna planera för familjens hemgång och säkra att de får den hjälp med amningen de behöver efter sina förutsättningar. (WHO, 2018.)

Det är vetenskapligt belagt att tiostegs-programmet förbättrar mammornas möjligheter att lyckas med sin amning. Även hur länge en kvinna helammar sitt barn påverkas positivt av barnet är fött på ett s k amningsvänligt sjukhus. (Victoria m fl., 2016, Hotus, 2019.) I Finland

finns för närvarande sex förlossningssjukhus med amningsvänligt certifikat. THL publicerade ett handlingsprogram 2017 i vilket en av målsättningarna är att 75 % av de finländska sjukhusen bör ha påbörjat processen att ansöka om ett amningsvänligt certifikat år 2022 (Hakulinen, Otronen & Kuronen (red.), 2017).

Enligt WHO:s rekommendationer är syftet med all amningshandledning att stödja modern att uppnå sin egen personliga målsättning med amning, om den så utgörs av hel- eller delamning, oavsett var hon befinner sig tidsmässigt i processen. Handledningen bör alltid utgå ifrån individuella behov, vara evidensbaserad samt erbjudas till samtliga gravida och till mödrar med upp till två år gamla barn. I riktlinjerna konstateras att målsättningen med handledning inte är att ”förklara för modern vad hon borde göra” utan att möjliggöra amningen med utgångspunkt från moderns önsknings. Det konstateras att det finns luckor i forskningen angående vilken metod för amningshandledning som är mest effektiv i olika situationer. (WHO, 2018, s. 7.)

Sedan 1990-talet har forskare testat olika interventioner gällande handledning i amning. Hannula, Kaunonen och Tarkka (2008) undersökte i en systematisk litteraturgenomgång vilka interventioner och vilka former av professionellt stöd som fungerar i arbetet med amningshandledning. Författarna inkluderade studier som utförts i Europa, Nordamerika, Australien och Nya Zeeland och som gällde såväl professionellt amningsstöd som stöd från lekmän. Resultat från 36 vetenskapliga artiklar sammanställdes, varav 11 bedömdes vara av hög vetenskaplig kvalitet och 23 av medelmåttig kvalitet. 16 artiklar var europeiska, 14 amerikanska och fyra australiensiska, ingen nordisk artikel fanns i urvalet. Författarnas syfte med litteraturgenomgången var att definiera metoder för professionella amningsstödsinterventioner under graviditet, under tiden på sjukhuset och under tiden efteråt samt att undersöka resultaten av dessa interventioner.

Författarna fann fem former av amningsstöd som testats under graviditeten, varav de vanligaste var grupp- eller individuell undervisning. Övriga metoder utgjordes av hembesök av hälsopersonal, besök av sjukhuset samt visning av filminspelningar och utdelning av skriftligt material. Gruppundervisningen utgjordes oftast av diskussioner gällande praktiska aspekter och attityder till amning, olika amningstekniker, missuppfattningar gällande amning samt stöd av kvinnornas val att amma. En del av interventionerna riktades sig specifikt till

unga och eller socialt utsatta föderskor med låg inkomst. Interventionerna utfördes av barnmorskor, hälsovårdare, sjuksköterskor, IBCLC-amningsakkunniga eller en forskare. Ofta kombinerades olika metoder såsom hembesök, besök på sjukhuset samt telefonsamtal efter att mamman och barnet hade skrivits ut från sjukhuset. Somliga interventioner var långsiktiga; i en slovensk studie inleddes amningsstödet med information under graviditeten och uppföljning med hembesök eller telefonsamtal under hela amningsperioden. En nederländsk studie provade som intervention ett flertal hembesök under graviditeten i kombination med ett amningshäfte med skriftlig information, samt om problem tillstötte, tillgång till en amningsspecialist. (Hannula, Kaunonen & Tarkkka, 2008.)

Bland de interventioner som påbörjades på sjukhusen berördes i ett flertal tekniken med vilken personalen konkret handledde i hur man ska lägga barnet till bröstet med s k ”hands-off”-metoden, vilket innebär att personalen undviker att vidröra mammas bröst och barnet då man handleder och i stället använder sig av ett låtsas-bröst och en docka. Många interventioner undersökte ovan nämnda WHO/Unicefs BFHI-program med tio steg för amningsvänliga sjukhus. I en studie från Vitryssland i vilken över 17 000 mödrar rekryterades, utbildades sjuksköterskor och läkare i tio-stegsprogrammet samt amningsstödgrupper (av lekmän) bildades. Både en schweizisk och en tysk studie utvärderade hur ländernas amningsvänliga sjukhus verkställer de tio stegen i BFHI-programmet och relaterade resultaten till sjukhusens amningsstatistik. (Hannula, Kaunonen & Tarkka, 2008.)

Bland studier som undersökte amningsstödande interventioner inledda efter barnet var fött hittades sju stycken i vilka interventioner som ofta handlade om professionellt stöd via antingen telefonkontakt eller hembesök beskrevs. I en del fall provades också tillgången till olika former av stödgrupper av lekmän och/eller professionella med amningsutbildning; såsom drop-in besök eller planerade regelbundna besök på olika amningscenter. Ytterligare en intervention som testades var att erbjuda en fem timmar kurs i amning på BB-avdelningen, följt av ett läkarbesök då barnet var två veckor gammalt. (Hannula, Kaunonen & Tarkka, 2008.)

Sammanfattningsvis konstaterar författarna i sin systematiska genomgång att då man undersöker olika former av stöd som erbjuds endast under graviditeten förefaller interaktiv

gruppundervisning d.v.s. att mammorna ges möjlighet att delta i diskussioner ha effekt. Författarna fann att ett långsiktigt stöd som sträcker sig från graviditeten till efter barnet föds är mer effektivt än amningsstöd under en kortare period. De konstaterar vidare att då utbildad personal använder sig av olika former av undervisning ”i paketform” är det mer effektivt än om bara en undervisningsmetod används. WHO:s BFHI-handlingsprogram i kombination med att få amningsstöd av utbildad personal samt att personalen tränades i ”hands-off”-metoden då de handleder i hur man lägger barnet till bröstet konstaterades vara effektiva metoder att förlänga tiden mödrar ammar sina barn (Hannula, Kaunonen & Tarkka, 2008; Hannula et al. 2008, s. 1140, Hotus, 2019). Av de interventioner som skedde efter födseln konstaterades hembesök, telefonkontakt, amningsmottagningar i kombination med lekmanastödgrupper vara effektiva metoder för en amningsstödjande verksamhet.

3.2.2. WHO:s grundutbildning i amningshandledning

Vad beträffar grundutbildning i amningshandledning för studerande har situationen i Finland utvecklats mot det bättre inom såväl barnmorske- som hälsovårdarutbildningen i och med att WHO:s riktlinjer för utbildningen i amningshandledning tillämpas i högre grad (Hakulinen et al. 2017, s. 9). WHO:s utbildning utgörs av en 20-timmars kurs och går under namnet Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital (WHO, 2009). Kursens målsättningar utgörs av att deltagarna ska införliva grundläggande kunskaper, färdigheter och kompetenser för att förebygga, beskydda och befrämja amning på sin arbetsplats samt att deltagarna ska vara förtrogna med tiostegsprogrammet och kunna tillämpa det i den praktiska verksamheten. I kursen ingår 4,5 timmars praktiskt arbete med gravida och nyblivna mammor. Kursen, som uppdateras regelbundet på WHO:s hemsidor, ingår idag i såväl barnmorske- som hälsovårdarutbildningen (personlig kommunikation med Pia Liljeroth, överlärare på yrkeshögskolan Novia i Åbo. 27.11.19).

Målsättningarna med kursen är att förse all personal som arbetar med gravida och nyblivna mödrar med de grundläggande kunskaper och färdigheter som krävs för att transformera (sic) deras hälso- och sjukvårdsinriktning till amningsvänliga (baby-friendly) sådana genom implementering av de tio stegen, beskrivna på s. 26 – 27. Efter genomgången kurs förväntas deltagarna kunna lyfta fram de hinder för amning som föreligger och arbeta mot att finna sätt att överkomma dessa hinder. I kursen ingår även hur man gör en handlingsplan för förändring

av verksamheten och hur man kan arbeta för att upprätthålla dessa förändringar. I en bilaga finns även förslag till en version av kursen som riktar sig till personal som inte är i direktkontakt med gravida eller nyblivna mödrar; såsom städ- och kökspersonal. (WHO, 2009.)

Innehållet i denna kurs fungerar som en tydlig redogörelse för de kunskaper, kompetenser och färdigheter som varje amningshandledare bör vara förtrolig med. Temavis redogörs för de kunskaper och färdigheter som krävs för att kunna arbeta enligt vad WHO menar är amningsfrämjande. Inledningsvis presenteras kortfattat bakgrunden till WHO:s och Unicefs globala strategi, BFHI samt kursens målsättningar. Därefter följer en genomgång av kommunikationsfärdigheter, i vilken deltagarna får träna på att lämna rollen som hälso- och sjukvårdspersonal ofta går in i: en yrkesperson med uppgift att identifiera och lösa problem, och i stället koncentrera sig på att lyssna och lära genom att använda sig av icke-verbal kommunikation och öppna, nyfikna, frågor i samtal med de gravida eller nyblivna mammorna. I övningar uppmanas deltagarna att använda sig av icke-dömande vokabulär och att fokusera på att stötta mammorna och deras självförtroende genom att undvika att beordra dem, bekräfta det som fungerar, ge dem praktisk hjälp samt några få förslag till förbättring. (WHO, 2009.)

Därefter sker en genomgång av de praktiska färdigheter och kunskaper som krävs för att de tio stegen för lyckad amning ska kunna genomföras. Det handlar om amningsstöd redan under graviditeten, om förlossningen och hur den påverkar amningen, om fysiologi och mjölkproduktion samt om amning i praktiken; hur man utvärderar om barnet suger effektivt eller inte och hur man kan undervisa mamman i olika ställningar och hur hon får barnet till bröstet. De vanligaste utmaningarna och rekommenderad handledning beskrivs i detalj. (WHO, 2009.)

Vikten av interaktivitet, diskussioner och praktiska övningar i par under kursens gång poängteras. Upplägget är detaljerat och förser den som arrangerar utbildningen med förslag till rollspel, fallstudier, foton och illustrationer att använda. I paketet ingår även en checklista för hur det rekommenderas att man i praktiken genomför utbildningen i rum och över tid vad gäller undervisningsmaterial, antal kursdeltagare, möjligheterna att träna med gravida och nyblivna mammor. Tidtabellen är detaljerad och i den preciseras vad varje timme ägnas åt

och när det är lämpligt med paus. En utvärderingsblankett till kursdeltagarna finns bifogad. (WHO, 2009.) WHO:s grundutbildning i amning är sammanfattningsvis ett gediget kunskapsprogram, som är översatt till många olika språk. Den börjar dock bli till åren kommen och den noggranne läsaren kan konstatera att nya fakta har tillkommit i t ex det mjölkproducerande bröstets anatomi. Utbildningen uppdateras för närvarande, som en följd av en uppdatering av de tio stegen (WHO, 2018).

WHO:s grundkurs tillämpas alltså på barnmorske- och hälsovårdarutbildningar runt om i landet. Vilken form av utbildning i amningshandledning som övriga yrkesgrupper i Finland som kommer i kontakt med ammande kvinnor och barn har, är varierande och ofta kort utbildning i amning. I läkarutbildningen ingår oregelmässigt kurser i grundläggande amningskunskaper, detsamma gäller för utbildningen av tandläkare, nutritionister samt i utbildningen av munhygienister (Hakulinen m.fl. 2017).

I Hotus BFHI-handbok (Ikonen m.fl. 2019) beskrivs ett fall exempel på hur man kan tillämpa BFHI-programmet implementering på finländska sjukhus. Författarna konstaterar att även om utbildning av personalen på arbetsplatsen utgör förutsättningar för att kunna föra en enhetlig amningshandledning på ett sjukhus så utgörs dock de viktigaste förutsättningarna av följande ramverk: stödet från ledningen, informationshanteringen, organisationens struktur och kultur, de befintliga resurserna, till vilken grad utbildning och mentorskap fungerar samt hur det mångprofessionella samarbetet är upplagt. Författarna rekommenderar att sjukhus i Finland bör vara amningsvänliga enligt WHO/Unicefs handlingsprogram och poängterar att ledningens stöd är av avgörande betydelse för att amningshandledningen ska fungera enligt bästa förutsättningar.

3.3 Forskning i attityder och uppfattningar angående amning och amningshandledning.

Vid sökning på referegranskade artiklar utgivna sedan 2009 till mars 2019 på orden midwife, counselling och breastfeeding med olika variationer i stavning av de två senare begreppen kan man konstatera att utbudet av kvalitativa vetenskapliga artiklar i vilka attityder och upplevelser har undersökts är rikt. Jag har valt att nedan presentera forskning i hur mödrar och barnmorskor har upplevt amningshandledning samt forskning i barnmorskors

attityder till amningshandledning.

3.3.1 Personalens upplevelser av och attityder till amningshandledning

I en undersökning gjord av Laanterä, Pölkki och Pietilä (2011) gjordes en metaanalys av artiklar som publicerats mellan 1950 - 2008 från fyra olika kontinenter, i vilka hälso- och sjukvårdspersonalens uppfattningar av hinder för en lyckad amningshandledning beskrivs. Följande teman som författarna benämnde barriärer vad gäller amningshandledning och hälso- och sjukvårdspersonal kunde preciseras: brist på kunskap i amning hos personalen, brist på kunskap i handledningsteknik, brist på resurser såsom personal, tid och plats samt en negativ inställning till amning bland personalen. Författarna påpekar att dessa hinder troligen är relaterade till varandra såtillvida att brist på amningskunskap kan vara ett resultat av resursbrister, som i sin tur kan leda till brister i handledningstekniken. Likaså kan brister i handledningstekniken bero på en negativ inställning till amning.

Resultaten i Laanteräs, Pölkkis och Pietiläs (2011) undersökning visade att såväl läkare som vårdpersonal ofta hade otillräckliga kunskaper för att kunna handleda och ge råd vid amning. Evidensbaserad amningsrådgivning saknades ofta och personalen kunde använda sig av andra källor till information såsom egen erfarenhet. Utbildning i handledningsteknik saknades ofta. Tids- och personalbrist upplevdes som ett vanligt problem och trångboddheten på avdelningarna försvårade försök till handledning. Den negativa inställningen till amning kom till uttryck genom nedprioriteringar av amningshandledningen i det praktiska arbetet på avdelningen.

Författarna föreslog fyra förslag till förbättringar vad gäller amningshandledning: all personal som arbetar med amning bör regelbundet få sina amningskunskaper utvärderade, amningsrådgivningen bör vara evidensbaserad, personalen bör utbildas i handledningsteknik samt att samarbetet mellan sjukhus, privata läkare och rådgivningarna bör förbättras för att de nyblivna föräldrarna ska få en så enhetlig handledning i amning som möjligt. Ytterligare resultat som slutligen framgick var att fäderna behöver mer praktisk information om hur de kan stödja mödrarna i amningen samt att diskussionen om amning och jämställdhet var betydelsefull, speciellt för förstföderskor (Laanterä m.fl., 2011, s. 91.)

Ekström, Matthiesen, Widström och Nissen (2005) har i en studie utvecklat ett instrument som bedömer vårdpersonalens attityder till arbetet med amningshandledning. 168 barnmorskors och sjuksköterskors attityder undersöktes genom att de fick besvara olika påståenden om amning på en skala från ”instämmer till fullo” till ”helt av annan åsikt”. Resultatet bearbetades statistiskt och med hjälp av bl.a. faktoranalys fann forskarna fyra kategorier av attityder till amning och handledning: styrande, underlättande, omyndigförklarande samt motverkande.

Den styrande faktorn beskrevs som försök till reglerande av mammans sätt att amma. Den underlättande faktorn beskrevs som en vilja att undanröja problem för mamman och en önskan att göra det så lätt som möjligt med amningen. Den omyndigförklarande faktorn karakteriserades av amningshandledning som inte hade mammans behov som utgångspunkt. Den fjärde faktorn utgjordes av motviljan inför amning, i vilken personalens otillräckliga kunskaper samt negativa inställningar till amning kom fram (Ekström et al. 2005). I undersökningen jämfördes barnmorskors attityd till amning med sjuksköterskors och författarna konstaterade att barnmorskornas attityd var mer underlättande än sjuksköterskornas men fann man hos barnmorskorna vid jämförelse med sjuksköterskorna en högre grad av motvilja i attityden. Författarna efterlyste slutligen vidareutbildningar för barnmorskor i vilka syftet är att rikta fokus på de negativa attityder till amning som råder och försöka motarbeta dem.

När det gäller amningshandledning har Wright och Hurst (2018) konstaterat att vårdpersonalens personliga upplevelser av hurdant stöd de erhöll när de fick barn påverkar deras sätt att handleda andra i amning. Amerikanska sjuksköterskor med såväl goda som dåliga erfarenheter av den egna amningen intervjuades och författarna fann att samtliga sjuksköterskor förändrade sitt sätt att arbeta med amningsstöd efter att ha själva ha ammat. Förändringen beskrevs av sjuksköterskorna själva i form av mer personlig kontakt med mammorna. Anledningen till det förändrade arbetssättet var, menade författarna, en önskan om att skydda mamman från fysiska och psykiska smärtor som kan förorsakas av amning. Författarna drog slutsatsen att de personliga erfarenheterna sjuksköterskorna har format sättet att handleda på ett unikt och oförutsägbart sätt och föreslog att man i undervisning borde använda sig av metoder för att de egna upplevelserna ska kunna integreras med kliniska kunskaper och yrkeserfarenhet och därmed förbättra handledningen.

I en svensk, fenomenografisk studie undersöktes barnmorskors attityder vid amningshandledning på BB då barnet av olika anledningar behövde tillmatas med bröstmjölk ersättning (Zwedberg & Naeslund, 2011). Författarna kom fram till att förmågan att skydda, främja och stödja amning bygger på en attityd som utgår ifrån ståndpunkten att mamma och barn utgör en oskiljaktig enhet och att amningshandledning bör ha som målsättning att stärka anknytningen mellan dem. Resultaten av studien visar att barnmorskan handleder i amning enligt det perspektiv hon har på mammans och barnets relation till varandra och på sin egen relation till dem som professionell. Relationen till mamma och barn kan vara en jämbördig, likställd relation i vilken hon ser mamma och barn som en helhet. Barnmorskan kan även se mamman, barnet eller sig själv som objekt, vilket enligt författarna utesluter möjligheten till en äkta relation till och ett möte med mamman. I dessa fall saknas helhetsperspektiv på familjen och amning ses inte som en möjlighet att främja banden mellan mor och barn.

3.3.2 Mödrars upplevelser

I en svensk, hermeneutisk studie av Palmér, Carlsson, Brunt och Nyström (2015) undersöktes mammors upplevelse av amning. Åtta mammor som upplevt svåra amningsproblem på BB intervjuades vid två tillfällen varav den första skedde inom två månader från födseln och den andra mellan 1,5 och 3 år efter förlossningen. Syftet med intervjuerna var att inspirerade av bl.a. Gadamer tankar om livsvärld få en utökad förståelse för vilken betydelse erfarenheterna av upplevd svår amning hade för mammornas beslut att antingen trots svårigheterna fortsätta att amma eller lägga ner amningen. Författarna identifierade teman på hur mammorna upplevde svårigheterna i amning och tolkade därefter vilken betydelse de hade på mammornas beslut.

Resultaten av Palmérs et al, (2015) hermeneutiska tolkning av mammornas berättelser visade att mammans förståelse av sitt nyfödda barns beteende starkt påverkar till vilken grad hon känner sig bekräftad som ammande mamma. Då hon inte känner sig bekräftad, om barnet är missnöjt eller inte verkar kunna ta tag i bröstet ordentligt tappar hon tilltron till sin egen förmåga och drar i stället slutsatsen att barnet mår bättre av inte ammas. Kvinnorna upplevde vidare att de ständigt var utsatte för såväl andras som deras egen stränga bedömning av hur

de klarade av uppgiften att amma sitt barn. Känslor av skam över att inte kunna leva upp till andras och egna förväntningar kunde påverka amningen åt båda håll, både i positiv och i negativ riktning.

Betydelsen av vårdpersonalens stöd i kvinnornas val att antingen fortsätta att amma eller inte berodde i korthet på huruvida personalen lyckades förmedla tillit genom att ta hela kvinnans välmående i beaktande, inte bara hennes kropp eller hennes barn. Författarna konstaterade att ett vad de kallade instrumentellt sätt att vårda en nybliven mamma, som exempelvis att fokusera på bröstet, röra bröstet, fokusera på barnet eller att inte se till andra behov som kvinnan kan ha efter en förlossning tillgodoses kan ha en underminerande effekt på mammans amning. (Palmér et al. 2015.)

Burns och Schmied (2017) finner i sin australienska meta-analys av mödrars uppfattningar av amningsstöd att vårdpersonalens amningsstöd på sjukhuset kan uppfattas både som auktoritärt och icke-stöttande av mammorna. Burns och Schmied undersökte referentgranskade studier från åren 1990 - 2007 av mödrars uppfattningar om amningsstöd och identifierade 31 studier. Metoden var meta-etnografisk och hade som syfte att identifiera kategorier och teman. Resultaten visade bl.a. att personalens handledning hade förmågan att undergräva mammornas självförtroende på olika vis. Det kunde ske genom att personalen gav motstridiga råd, vilket gjorde mödrarna osäkra på egna uppfattningsförmågan. Personalen handledde med en expertattityd som signalerade att de skulle visa nybörjaren hur amningen ska gå till. Dessutom upplevde mödrarna att informationen de erhöll var alltför standardiserad och inte anpassad efter individuella behov (t.ex. att barnmorskan informerade om saker modern redan hade fått information om). Burns och Schmied (2017) kallade denna kategori för *reduktionistiskt förhållningssätt* d.v.s. ett synsätt präglad av alltför förenklade förklaringsmodeller av ett komplext fenomen.

Författarna identifierade ytterligare tre kategorier av upplevelser hos mödrarna, då barnmorskor handledde i amning. En kategori kallades *avbrutna möten* (på engelska *disconnected encounters*). Handledning under avbrutna möten kännetecknades av skuldbeläggande, krav, förmedlad tidsbrist samt okänslig och påträngande beröring av mödrarna och bebisarna. I denna kategori förekommer ingen relation mellan personalen och mödrarna. Mödrarna upplever som resultat av handledningen känslor av krav, skuld och

otillräcklighet. Att barnmorskorna berörde bröst och bebis utan att först ha gått in i någon form av relation med modern upplevdes som okänsligt och påträngande.

Ytterligare kategorier bestod utav *äkta närvaro* samt *underlättande handledningsstil*. En underlättande handledningsstil karaktäriserades av realistisk och tillräckligt detaljerad information samt uppmuntrande till både amning och till dialog. Informationsutbytet var inte ensidigt, utan präglad av interaktion och samtal. Med en underlättande handledning erbjöds praktisk hjälp med en proaktiv inställning över lag, med vilken barnmorskan föreföll kunna förutse vilken slags hjälp modern var i behov av. Praktisk hjälp exemplifierades av en mammas kommentar i en studie: ”Show me, don’t tell me” (Burns & Schmied, 2017.)

Kategorin *äkta närvaro* i sin tur handlade om ett empatiskt förhållningssätt och om att ta sig tid till att finnas till för mödrarna. Den *äkta närvaron* beskrevs som en relation mellan mor och barnmorska, präglad av bekräftelse och tillit. I kategorin beskrev mödrarna hur de fick intrycket av att dela amningsupplevelsen med barnmorskan. Burns och Schmied (2017) poängterade hur uppfattningen om att få dela upplevelse visar på personalens intresse för mödrarnas perspektiv och påpekar hur detta är speciellt uppskattat hos mödrarna, så länge som individuella behov tas i beaktande. Burns och Schmieds meta-analys beskriver således ett spektrum av handledning som går från *äkta närvaro*, som betraktas av mödrarna som effektivt, till *avbrutna möten*, av mödrarna upplevd som ineffektiv eller direkt skadlig handledning. Två kvalitativt olika stilar att handleda identifierades: den underlättande och den reduktionistiska.

3.3.3 Sammanfattande diskussion

Vilka aspekter av professionell kompetens framträder i forskningen i attityder och upplevelser? Sammanfattningsvis eftersträvas av personalen kunskap, handledningsteknik och mer resurser (både tid och plats) medan det för mammorna handlar om det mellanmännliga mötet och bekräftelse. Kompetenser som framträder som eftersträvansvärda i ovan nämnda studier handlar om beteende- och sociala förmågor, om relationella aspekter, förhållningssätt, genuin närvaro och om kommunikation och tillit. Barnmorskornas sätt att handleda amning konstateras ha stor betydelse och ett s.k. instrumentellt sätt att handleda har en underminerande effekt på amningen (Palmér et al.,

2015). Barnmorskorna i sin tur förefaller enligt en del forskning, ibland ovetandes om att förmågan att ta sig tid och vara genuint närvarande utgör för mödrarna en väsentlig del av handledningen. Då personalen tillfrågas om vilka hinder som föreligger för en god amningshandledning konstateras brist på såväl kunskap som tid (Laanterä, Pölkki & Pietilä, 2011). Att personalen har en detaljerad kännedom om amning förutsätts av mödrarna, som är av den åsikten att även då det för personalen råder tidsbrist, finns det möjlighet till empati och ett äkta möte (Burns & Schmied, 2017).

I amningshandledning efterlyses således empati, att den som handleder tar sig tid, för en dialog och tar hänsyn till individens situation. Det handlar om vad Cheetham och Chivers (1989) beskriver som kognitiva och personliga kompetenser. Cheetham och Chivers (1989) metakompens d.v.s. förmågan till kommunikation, kreativitet och problemlösning, ses tydligt som en eftersträvansvärd kompetens. Dall'Alba och Sandberg (2006) modell om professionell kompetensutveckling som inte sker enligt ett utsatt mönster kan man relatera till i denna diskussion genom att konstatera att det inte är åren av erfarenhet hos den handledande barnmorskan som förefaller vara av betydelse i mötet med mamman utan det är hurdan förståelse hen har av den individuella situationen och hennes förmåga att ständigt integrera nya insikter i en miljö som ofta präglas av tids- och resursbrist.

Vårdpersonalens handledning kan uppfattas som auktoritär av mödrarna (Burns & Schmied, 2017). Informationen var enligt mödrarna inte anpassad efter deras behov och förmedlades med ett reduktionistiskt förhållningssätt. Resultaten av studierna av Zwedberg och Naeslund (2011) samt Burns och Schmied (2017) visade också på att den som handleder behöver kunna befinna sig på en jämlik nivå med mamman under handledningen och inte på en expertnivå, som ger råd ”från ovan” med en attityd av att veta bättre. Resultaten av studierna pekar på att man som handledare behöver en förståelse som går bortom informationsöverföring. Denna förståelse relaterar jag till vad Sellmans (i Kinsella och Pitman 2012) synsätt på professionell kompetens, professionell fronesis som förutsätter att man lämnar det tekniskt rationella synsättet bakom sig och i stället granskar den professionella verksamheten med andra perspektiv, som inte alltid går att definiera med teknisk-rationella begrepp. Att stärka det känslomässiga bandet mellan mor och barn är ett sådant perspektiv på verksamheten.

4. Metodkapitel

Metodkapitlet inleds med en presentation av avhandlingens forskningsfrågor och forskningsansats. Därefter sker en genomgång av avhandlingens datainsamlingsmetod. En kort presentation av informanterna görs, följt av en redogörelse för analysen av datainsamlingens material. Avslutningsvis förs en diskussion angående undersökningens tillförlitlighet och pålitlighet samt etiska frågeställningar som har tagits i beaktande.

4.1 Avhandlingens frågor samt den fenomenografiska forskningsansatsen

Forskningsfrågorna i denna avhandling lyder:

Hur uppfattar barnmorskan fenomenet amning?

Hur uppfattar barnmorskan professionell kompetens i sitt arbete med amningshandledning?

Målsättningen i avhandlingen är att undersöka variationen i sätt att uppfatta amning och arbetet med amningshandledning. Det handlar om att försöka beskriva fenomenet såsom det uppfattas av barnmorskor och kartlägga den variation som hittas samt beskriva deras interna, logiska relation. Ansatsen som valdes för denna avhandling är av detta skäl fenomenografisk och handlar om beskrivningar av människors subjektiva uppfattande av en företeelse såsom den är sann för dessa individer. Det är inte företeelsen i sig som utforskas, utan hur människor kan uppfatta den. Uljens (1989, s. 19) beskriver hur att uppfatta och att erfara något är förknippat med att ha kunskap om något och hur människan då hon uppfattar något, skapar mening mellan sin omvärld och sig själv och på så vis en ram inom vilken hon kan skaffa sig kunskap.

Uljens (1989) beskriver hur det finns två aspekter av en uppfattning; en vad-aspekt och en hur-aspekt. Vad-aspekten är inriktad på fenomenet som personen tänker på. Vad-aspekten avgränsas av hur-aspekten d.v.s. hur man tänker på det. Med andra ord: hur man uppfattar eller väljer att uppfatta något definierar eller avgränsar det vi ser (Uljens 1989, s. 24). Marton och Booth (2000) använder sig av begreppen första och andra ordningens perspektiv. Den första ordningens perspektiv kan beskrivas som det empiriska perspektivet i vilket vi använder oss av vetenskapliga fakta som vi håller för sanna då vi beskriver världen. Då en

forskare undersöker ett fenomen med första ordningens perspektiv använder hen sig av bakomliggande påståenden och uppfattningar om världen, som tas för givna av de som erfar dem, såsom t ex olika naturlagar. Dylka påståenden och uppfattningar bedöms utifrån allmängiltighet, användbarhet och relevans till andra liknande fenomen, ofta utifrån vad tidigare forskning säger om kunskapsobjektet ifråga.

Då man undersöker ett fenomen med vad Marton och Booth (2000, s. 154–155) benämner det andra ordningens perspektiv är det de bakomliggande sätten med vilka människor erfar världen och fenomenen som undersöks, inte fenomenen i sig. Marton (1981, s. 178) tydliggör skillnaden mellan de två perspektiven genom att jämföra de två påståendena ”då ett barn klarar sig duktigt i skolan beror det främst på nedärvd intelligens” och ”det finns människor som anser att då ett barn klarar sig duktigt i skolan beror det på nedärvd intelligens” (min översättning). Med ett andra ordningens perspektiv är det alltså de bakomliggande sätten att erfara världen, fenomenen och situationerna som blir föremål för forskning (Marton & Booth, 2000) så som den är sann för dessa individer (Chekol, 2012).

Denna avhandling tar avstamp i pedagogiken men området som undersöks befinner sig inom hälso- och sjukvårdsområdets verksamhetsområde. Sjöström och Dahlgren (2002) hävdar att den fenomenografiska forskningsansatsen med fördel kan tillämpas inom forskning i hälso- och sjukvård eftersom fenomenografiska studier kompletterar på ett eftersträvansvärt sätt forskning som av tradition har ägnat sig åt evidensbaserad kunskapsproduktion. Att intressera sig för t.ex. olikheter i patienters sätt att uppfatta sjukdomstillstånd och egna behov bidrar till mer individualiserad omvårdnad. Larsson och Holmström (2007) anser i sin tur att fenomenografiska studier är till nytta inom både undervisning och kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården eftersom bredare perspektiv på olika verksamheter är något som eftersträvas.

4.2 Intervju som datainsamlingsmetod samt avhandlingens intervjufrågor

Chekol (2012, s 98.) beskriver hur den vanligaste datainsamlingsmetoden inom fenomenografin är djupintervjuer med noggrant utvalda individer med syfte att ringa in största möjliga variation av erfarenheter. I Kvale och Brinkmanns redogörelse för kvalitativa forskningsintervjuer som metod (2009) påminner författarna om hur de formella

metodreglerna gällande forskning idag härstammar från den positivistiska epistemologin. Ett exempel på detta är den evidensbaserade databasen Cochrane i vilken en hierarkisk ordning på vetenskapliga metoder råder, och i vilken randomiserade, kontrollerade experiment värderas högst och kvalitativa studier lägst i hierarkin av metoder. Författarna argumenterar för hur intervjun som kunskapsproducerande verksamhet med utgångspunkt ifrån språk, relationer och berättelser, inte kan beskrivas genom en god metod. Istället poängterar Kvale och Brinkmann (2009) vikten av det goda intervjuhantverket. De menar vidare att intervjun som metod är särskilt lämplig då man vill ”studera människans syn på meningen hos sina levda liv, beskriva deras upplevelser och självuppfattning, och klargöra och utveckla deras eget perspektiv på sin livsvärld”.

Angående det goda hantverket tar författarna upp vikten av att skriva manus till intervjun. Detta sker då man planerar frågorna forskaren önskar ha svar på. Det är skillnad på forskningsfrågor och intervjufrågor, eftersom en forskningsfråga kan delas upp i ett flertal intervjufrågor i vilka ett vardagligt språk används utan vetenskaplig jargong (Kvale & Brinkmann 2009, s.148). Ytterligare något att hålla sig till i manuset är enligt författarna att ”skjuta framåt” som intervjuare, vilket innebär att man bör hålla analysen och resultatet i tankarna genom hela intervjun. Detta innebär att den som intervjuar med sina frågor arbetar med att klargöra svarens innebörd så noggrant som möjligt under intervjuns gång.

Även om den fenomenografiska forskningsintervjun inte fokuserar på specifika, på förhand formulerade intervjufrågor så används ofta ett manus under intervjuernas gång. I denna avhandling utgjorde de två teman amning och amningshandledning utgångspunkter för ett antal öppna frågor. Exempel på några intervjufrågor jag använde mig av är följande: Skulle du kunna beskriva vad som händer vid amning? Varför ammar man? Vad finns det för olika delar i amningsprocessen? Vilka är de vanligaste respektive största amningsutmaningarna? Dessa frågor har sin utgångspunkt i den första forskningsfrågan: Hur erfar barnmorskan fenomenet amning.

För att få svar på forskningsfråga två som handlar om barnmorskans uppfattning om professionell kompetens i amningshandledningen ställde jag inledningsvis bl. a följande frågor: Vad händer under ett amningshandledningstillfälle? Vad betyder det att vara en amningshandledare? Vad gör du som handledare i amning? När upplever du att du har

lyckats? Vilka hinder finns? Vad upplever du att du har lärt dig om du jämför med då du började arbeta? Svaren jag fick ledde till nya frågor och försök till att förstå hur personen resonerade. Under intervjuens gång återkom vi ofta till samma fråga, fast i ny skepnad, med en annan nyans, för att sedan fortsätta i en annan riktning. Följdfrågor ställdes, för att försäkra mig om att jag hade uppfattat svaren rätt. Konkreta exempel efterfrågades.

Intervjuerna skedde på distans och spelades in via Zoom. Längden på intervjuerna varierande från 40 min till 1,5 timme. Med hjälp av redigeringsprogrammet Panopto transkriberades intervjuinspelningarna. Jag kontrollerade all transkribering genom att lyssna igenom allt material för att försäkra mig om att transkriberingen gått korrekt till.

4.3. Informanterna

Barnmorskorna som intervjuades var till antalet sex. Rekrytering skedde genom att jag kontaktade tre barnmorskor jag har träffat i amningssammanhang på olika sjukhus. De tre i sin tur tipsade mig om ytterligare tre personer som de trodde skulle tänka sig att ställa upp på intervju. För att få variation i materialet ombads de att föreslå kollegor som hade en neutral inställning till amning. Ingen av dem kände till någon kollega med negativ inställning. Barnmorskorna arbetade på olika sjukhus i Finland, antingen på BB-avdelning eller på amningsmottagning. Några arbetade på bägge ställen. De ägnade sig således dagligen åt amningshandledning, en del med nyblivna mödrar och en del med mödrar till bebisar som kunde vara flera månader gamla. Barnmorskornas ålder var mellan 27 och 48 år. Yrkeserfarenhet i antal år mätt varierade från fem till 25 år. Deras modersmål var antingen svenska eller finska och svenska.

4.4. Analys av material

Med fenomenografisk forskningsansats strävar forskaren efter att finna det totala antal sätt som människor erfar ämnet ifråga, som sedan tolkas i distinkt skilda kategorier. Marton och Booth kallar dessa kategorier beskrivningskategorier (2000, s. 159). Beskrivningskategorierna utgörs av forskarens abstraktioner av de olika uppfattningarna som identifierats. Dahlgren och Fallsberg (1991, refererade till i Stenfors-Hayes, Hult och Dahlgren, 2013) beskriver en fenomenografisk analysmetod som jag har valt att använda mig av. Det första steget för forskaren är att grundligt bekanta sig med materialet. I detta skede är varje utsaga

lika värdefulla enligt författarna. Nästa steg benämns kondensering, vilket innebär att forskaren identifierar olika meningsbärande enheter i materialet. Härnäst följer ett skeende av jämförelse, i vilket man söker likheter och skillnader mellan de meningsbärande enheterna. Enheterna som beskriver liknande uppfattningar grupperas i följande steg i kategorier. Kategorierna benämns sedan utefter den utmärkande betydelsen enheterna står för. Man försöker med andra ord sätta fingret på kärnan i kategorin och beskriva den.

Tre väsentliga kriterier beskrivs av Marton och Booth (2000, s. 163) då forskaren benämner en beskrivningskategori. Inledningsvis bör det finnas en tydlig relation till undersökningens fenomen så att varje kategori klart och distinkt beskriver ett sätt eller en förmåga att erfara fenomenet. Beskrivningskategorin utgörs av en sammansättning aspekter av det uttryckta sättet att erfara fenomenet i fråga. Fortsättningsvis menar författarna att kategorierna bör ha en logisk och hierarkisk relation till varandra. Pedagogiskt sett, menar Marton och Booth (2000), är det rimligt att anta att det finns specifika sätt att erfara fenomen som är att föredra framför andra och att det pedagogiska arbetet är avsett att utveckla vidare dessa specifika sätt. Uljens (1989) menar att kategorierna kan organiseras utifrån sin relation till varandra i horisontala och vertikala, hierarkiska system. I en horisontal kategorisering förekommer ingen rangordning av de olika beskrivningskategorierna, utan de är alla lika mycket ”värda”. Med ett vertikalt system kan man rangordna uppfattningar efter ett visst kriterium eller efter hur utvecklade eller omfattande de är kvalitativt sett.

Under tiden som arbetet med att identifiera enheter och sortera dem i kategorier fortgår, jämförs enheterna för att komma fram till vad som särskiljer dem åt från varandra och hur man tydligt kan formulera deras mening. Det sista steget utgörs av att kontrastera kategorierna mot varandra, med syfte att beskriva såväl kärnan i kategoriernas unika betydelse som de betydelser de inte representerar (Dahlgren och Fallsberg, 1991, refererade till i Stenfors-Hayes, Hult och Dahlgren, 2013.)

Slutligen kan poängteras att så få kategorier som möjligt bör användas för att kunna ringa in den viktigaste variationen i dataunderlaget. Dall’Alba och Sandberg (2009, s. 400) hävdar att oavsett vilket socialt, historiskt och kulturellt sammanhang man befinner sig i, så finns det troligen endast ett begränsat antal kvalitativa olikheter i sätt att förstå en professionell verksamhet. Larsson och Holmström (2007, s. 56) anser att ett fenomen kan upplevas på

oändligt många sätt men då man försöker skapa mening i erfandet, kvarstår endast ett fåtal sätt att förstå fenomenet.

4.5 Validitet och reliabilitet samt etiska överväganden i en intervjusituation

Eftersom varje avhandling har som mål att föra vetandet framåt genom att bygga på den kunskap som finns, så måste man som forskare vara beredd på att redogöra för de grunder och den kunskap man har utgått ifrån samt redogöra för de metoder med vilka analysen av materialet har skett. Ett arbetes validitet gäller hurvida forskaren har mätt det hen ville mäta. Reliabiliteten berör resultatens noggrannhet. Hur man använder sig av dessa två kontrollinstrument skiljer sig åt mellan kvantitativ och kvalitativ forskning. Uljens (1989, s. 53) beskriver hur man i kvantitativ forskning granskar validiteten genom att begrunda relationen mellan verkligheten och mätningen för att undvika att mätinstrumentet mäter något närliggande fenomen som det inte har för avsikt att undersöka. Den undersökta verklighetens natur har fastställts innan datainsamlingen äger rum. Verkligheten ses härmed som given och mätinstrumentet likaså.

I kvalitativ forskning emellertid, vars syfte ofta är fördjupad förståelse av t ex betydelser, åsikter eller erfarenheter, utgår man enligt Uljens (1989) ifrån att verkligheten kommer att se något annorlunda ut när analysen är genomförd. Det kan ofta vara det som är syftet med undersökningen, att få en fördjupad förståelse av forskningsobjektets natur. Verkligheten är inte given på samma sätt och resultaten kan leda till en ny teori om det undersökta fenomenet.

Validitet inom fenomenografisk forskning handlar om relationen mellan datamaterialet och tolkningen därav, både hur tolkningen som process går till samt tolkningen av resultaten. (Uljens, 1989, s. 53–54). Om man i datainsamlingen hittar grunder för resultaten går det att bedöma resultatens reliabilitet d.v.s. hur noggrant resultaten har återspeglats. Uljens (1989) påpekar att när det gäller validiteten i kvalitativ forskning måste man ta datainsamlingen i beaktande för att kunna bedöma på vilka grunder forskaren har bildat sig en uppfattning om t.ex. personers uppfattningar om amning. Av denna anledning finns det skäl att fördjupa sig i kvalitativ intervjumetodik och dess utmaningar. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) finns det därtill en mängd etiska frågor att ta ställning till vid varje fas av en intervjuundersökning för att intervjun ska vara valid. Faserna författarna beskriver är följande: tematisering,

planering, intervjusituationen, utskriftsarbetet, analysfasen, verifieringen och rapporteringen.

Kvale och Brinkmann (2009) anser att då man väljer syfte med intervjun bör man ta i beaktande inte bara hurdant vetenskapligt värde den eftersträfvade kunskapen tillför utan också hur intervjun förbättrar den undersökta mänskliga situationen. I denna avhandling är förhoppningen att den mänskliga situationen på många plan kan förbättras med hjälp av ett arbete om amningshandledning (se bakgrund till ämnet i kapitel 3.1). Därtill kan det ha ett positivt värde i sig hos den intervjuade att någon intresserar sig för arbetet hon gör och att detta kanske kan leda till ytterligare reflektion.

När det gäller etiskt ställningstagande i förhållande till planering pekar Kvale och Brinkmann (2009) främst på frågor såsom rör personernas informerade samtycke och säkrandet av konfidentialiteten d.v.s. att deras anonymitet skyddas. Informerat samtycke innebär att de intervjuade informeras om det allmänna syftet med undersökningen och om hur den är upplagd i stort. Eventuella risker och fördelar bör redogöras för och de intervjuade bör informeras om att de har rätt att dra sig ur när de vill. Det är således viktigt att förklara syftet med intervjuerna: avhandlingen försöker kartlägga variationer och aspekter av uppfattningen av amningshandledning. Ordvalet i analysen blir viktigt, för att undvika att något uppfattas som mindre värt.

Det etiska ställningstagandet vad analysen av materialet anbelangar handlar enligt Kvale och Brinkmann (2009) om hur djupt intervjuerna kan analyseras och om huruvida de intervjuade kan ha inflytande över hur deras uttalanden tolkas. Kvale och Brinkmann skriver att forskarens etiska skyldighet är att redovisa kunskap som är verifierad och säkrad i så stor omfattning som möjligt och att det handlar bl.a. om hur pass kritiska frågor man kan ställa till intervjupersonen. Ett exempel på detta kan vara hur man under intervjuens gång som intervjuare försöker få fram vad den intervjuade verkligen menar och med hurdan eventuell varsamhet forskaren fortskrider med då hen önskar peka på eventuella motstridigheter i utsagorna under intervjuens gång. Det sista intervjustadiet utgörs av rapporteringen. Etiska ställningstaganden att ta hänsyn till i detta stadium gäller möjliga konsekvenser för de intervjuade att en forsknings resultat finns för allmänheten att ta del av.

Dessa sju stadier utgör ständiga osäkerhetsmoment att hela tiden ha i beaktande under

intervjuns gång och det gäller enligt Kvale och Brinkmann (2009) att som forskare bli varse om sin etiska kapacitet, vilket är en förmåga som i sin kärna utgörs av det informerade samtycket, konfidentialiteten, att vara medveten om konsekvenser intervjun kan ha samt forskarens roll under intervjus gång.

5. Resultat

I följande kapitel redogörs för resultatet av denna studie. De två forskningsfrågorna hur uppfattar barnmorskan fenomenet amning och hur uppfattar barnmorskan professionell kompetens i sitt arbete med amningshandledning förtydligas med två schematiska bilder. Rapporteringen av resultaten är strukturerad i tre underkapitel varav de två första behandlar fenomenet amning (forskningsfråga ett) och amningshandledning (forskningsfråga två). Det sista underkapitlet sammanfattar resultatet i en syntes.

5.1 Vad är amning?

Fenomenet amning enligt de intervjuade barnmorskorna kan beskrivas med hjälp av tre huvudkategorier: *fysiologisk process*, *bekräftande samvaro* samt *omdaning av tillvaron*. Underkategorier som förtydligade olika aspekter av huvudkategorierna identifierades. Den fysiologiska processen hade följande underkategorier: ”barnets optimala utveckling”, ”återhämtning efter förlossningen” och ”historiskt livsviktig”. Till kategorin *en bekräftande samvaro* urskildes underkategorierna ”trygg närvaro”, ”intimitet” samt ”kärlekshandling”. Slutligen till den tredje huvudkategorin *omdaning av tillvaron* urskildes underkategorierna ”orealistiska förväntningar” samt ”myter”.

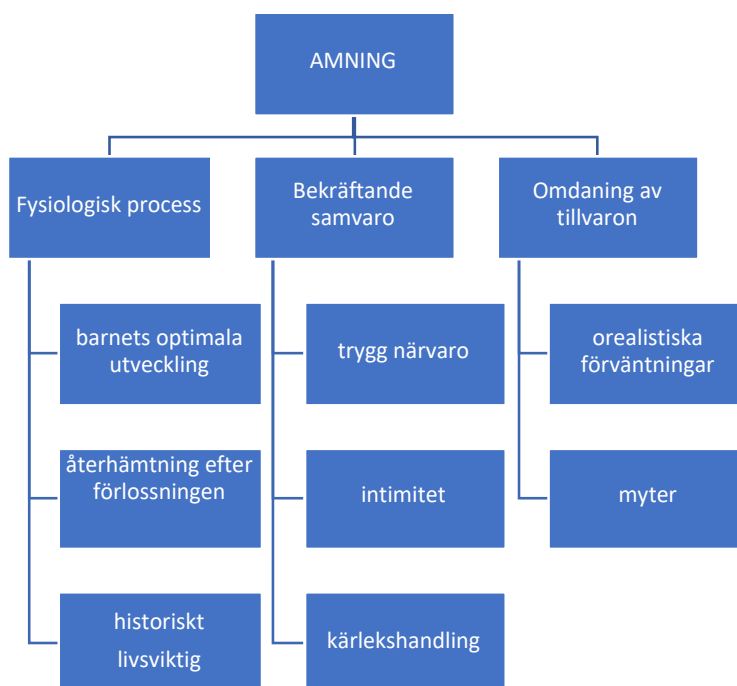


Bild nr. 6. Schematisk bild av hur barnmorskor uppfattar fenomenet amning.

Den första huvudkategorin utgjordes således av amning som en *fysiologisk process*. I underkategorin ”barnets optimala utveckling” poängterades bröstmjölken betydelse som näring till barnet för att det ska kunna växa och utvecklas:

”Det är viktigt för mamma och bebis att få den här första kontakten med varandra. Det är väldigt naturligt, ekologiskt och ekonomiskt. Jag tycker det är fint hur människokroppen fungerar. Det är som att bröstet är gjorda för att bilda mat för ett barn för att det ska kunna växa åtminstone sex månader.”

”Det är så fint hur människan är uppbyggd, att det funkar så att bebin kan klara sig sex månader endast på modersmjölken.”

Bröstmjölken immunologiska effekter på tarmfloran och immunförsvaret noterades också som en viktig del av babyns optimala utveckling:

”Och så klart den här boosten i de här första amningstillfällena med den här mjölken... Den är ju faktiskt jätteviktig. Jag tror den är bra för hela...tarmfloran och immunförsvaret i babyn”.

”Det är så bra med alla antikroppar som bebisen får från mjölken och de kanske har mindre risk att få allergier, bebisen är friskare.”

Den fysiologiska processen beskrevs överlag som meningsfull för barnets utveckling. Det konstaterades att i amningen är mor och barn beroende av varandra och att de utgör en helhet:

”Hormonerna gör ju att man är väldigt närvarande för sitt barn... och i närvaron får barnet mammas uppmärksamhet, ögonkontakt... som stöder hjärnans utveckling. Otroligt alltså egentligen, alla de sakerna som är förutsättning för att barnet liksom ska växa och bli välmående, fysiskt och psykiskt”.

”Att just den där närheten, hur mycket den verkligen betyder för bebisen...inte bara mjölken i sig men just den kontakten till mamman och... underbara saker som gör att barnet utvecklas väl.”

I underkategorin ”återhämtning från förlossningen” handlar utsagorna om mamman och om hur hennes kropp också är beroende av barnet:

”Det är så där naturligt, fysiologiskt att mamman hämtar sig på samma gång från förlossningen...och babyn växer. Kroppen är gjord för det på något sätt, det är någon mening med det”.

”Amning är så mycket mer än bara mat! De är ju beroende av varandra. Mammans bröst är beroende av att bebisen finns där och tömmer dem. Det är en stor helhet.”

I den tredje underkategorin poängteras hur amningen historiskt sett har haft avgörande betydelse för barnets överlevnad.

”Det är ju liksom ingenting som är påhittat, det är ju liksom... evolutionens gång, det är biologi, det är en ”drive” inne i varje mamma att hon vill amma för det mesta... det är något som är inbyggt, antagligen för att det har liksom med babyns överlevnad att göra... givetvis inte i vårt kontext men under historiens gång eller vad man nu ska säga”.

Den andra huvudkategorin har jag valt att benämna amning som en *bekräftande samvaro*. Dessa identifierade utsagor speglar amningen som ett kärleksfullt och intimt samspel mellan mamma och barn. Denna huvudkategori handlar om den viktiga anknytningen mellan mor och barn. Underkategorier som växte fram var ”trygg närvaro”, ”intimitet” samt ”kärlekshandling”.

Den trygga närvaron beskrevs av en barnmorska som en stund då mamman uttryckligen kommunicerar till babyn att hon finns där för babyn i den stunden:

”Det är en speciell kontakt under amningen... speciellt med äldre spädbarn men varför inte med ett litet också... liksom det är ögonkontakt, rörelse, smekningar och kanske också lek, lite titt-ut eller släppa och ta och kanske låtsas bita eller pruttljud mot bröstet eller sånt. Det är mycket den typen av interaktion och lek men också att man kommunicerar att allting är bra och här är du trygg.”

”Närhet och trygghet och så är det ju så... så fint när det känns bra för mamman och det funkar... och sedan är det så klart mat till bebisen men närheten... den tycker jag är så härlig.”

Underkategorin ”intimitet” beskriver en dimension av amningen som har att göra med att den är kroppsligt blottande i sin uttrycksform. Den egna kroppen, bröstet, plötsligt är föremål för beröring och bedömning av ibland såväl babyn, barnmorskan och övriga.

”Det kan finnas orsaker till det (att man inte vill amma) ... t ex att mitt i allt ska man... visa bröstet liksom hur som helst. Man kanske inte har gjort det tidigare. Så har man svärfar som sitter där på en stol”.

Amningens intimitet har en baksida och kan innebära ett risktagande, med smärta och känsla av misslyckande, utsatthet och skuld som följd. Hos barnmorskorna finns en insikt i att mammornas svårigheter med amning kan leda till känslor av att inte vara tillräckligt bra som mamma:

”Mamman kan ju börja känna att hon inte är en bra mamma om hon inte ammar eller... hon får sådana känslor. Jag tycker att det är helt fine om man väljer att inte amma men det kanske inte alla barnmorskor tycker. Mamman kan få... ja, kanske skuld-känslor och känna att nu gör jag inte det bästa för mitt barn.”

(Mamman) ”...är ganska utsatt, en ny situation som man inte har gjort förut...det behövs bara kanske lite fel ord av en barnmorska och så tror man att man inte kan det här.”

Betydelsen av att amningen är så fysiskt intim reflekterar en barnmorska över:

”Vi räknar ju det som samma sak när vi undersöker amningen statistiskt och dess inverkan på tarmfloran och ditten och datten men... sen vet vi att det ändå är annorlunda. Tio gånger per dag är bebis i kontakt med mammans hud riktigt nära... bara en sån grej att om hon bara matar från sitt bröst så är det andra hormoner än då hon pumpar och ger sin mjölk från flaskan, då får hon ovulationen tillbaka mycket snabbare. Så det finns en stor skillnad när värmen och närheten... liksom en annan igångsättning av hormoner.”

I underkategorin ”kärlekshandling” beskrivs upplevelsen av kärlek mellan mamma och barn:

”En känslokommunikation utan ord... kärlek skulle jag vilja säga, att man tycker om varandra.”

”Brukar tänka just att om man ser äldre barn som ammas, hur de tittar på sin stora mamma med stora

ögon och sådär beundrande att... oj... är det där min mamma (skratt). Och ja...äktä kärlek och beundran andra vägen också... nog sitter ju mammorna där också och ler då de tittar på sina barn. Kärlek och beundran.”

”Jag brukar kalla det flytande kärlek.”

Den tredje och sista huvudkategorin har jag valt att kalla en *omdaning av tillvaron*. I underkategorin ”myter” beskrivs det kulturella arv vi har, seder och bruk som lever sig kvar och som vi inte alla gånger är medvetna om, t ex tankar om hur ofta ett ammat barn äter:

”Man skulle bara vilja stryka det här tre–fyrtimmarskonceptet en gång för alla, alltså bara omprogrammera allt amnings-DNA så att ingen nånsin skulle nämna det igen. De är inte beredda på hur mycket tid det tar och på liksom hur tungt det kan vara att ha en annan människa absolut fastklistrad i dig så stor del av dagen och på vilken boja det kan vara.”

Underkategorin ”orealistiska förväntningar” speglar hur det kan saknas förebilder för ammande mammor konstaterades bland barnmorskorna och att mammorna inte vet vad de kan förvänta sig:

”Den tid vi lever i är en stor utmaning. Det finns inte en riktigt stark... finns inte ofta riktigt starka förebilder och att man har sett amning och...och kanske kommit i kontakt med det så mycket före man själv får barn och därmed är det en lite främmande grej. Man måste lära sig ganska mycket för att få det att funka.”

I underkategorin ”orealistiska förväntningar” beskrivs även amningen som något otidsenlig i kvinnors i ögon med tanke på att mamman kan känna sig låst, bunden och ofri.

”Jag tänker att det kan ha med feminism att göra, det att kvinnan inte får vara bunden till någonting, hon ska vara fri att göra vad hon vill. Det går inte ihop med helamning. Men sen finns förstås den andra ytterligheten: att en kvinna är fri att helamma om hon vill det och ska man få amma fritt precis var som helst i hela samhället.”

”Det är tungt för (mammorna) känner sig låsta. De... kan liksom inte röra sig eller göra vad de hade tänkt.”

Underkategorin ”myter” speglar det faktum att det ofta saknas förebilder för mammorna, vilket leder till begränsade insikter och att seglivade myter om amningens varande får leva kvar:

”De här förlossningsbrev som vi ber blivande föräldrar att skriva, i dem frågar vi också vad de har för förväntningar kring amning och hur man tänker kring det. Nio av tio svarar att jo, jag vill amma om det funkar. Det finns aldrig mer diskussioner eller tankar kring vad menar du med funkar, vad funkar för just dig. Där känner jag att förväntningarna kan ibland vara... väldigt långt från verkligheten.”

”...den där säkerheten att kunna få lämna barnet hemma då och då... Jag förstår det men... det är ju liksom inte så naturen är uppbyggd.”

I kategorin *omdaning av tillvaron* speglar utsagorna ändå en uppfattning om att förändringen och den utökade självinsikten som en lyckad amning innebär är värd mödan.

”Jag har stött på mammor som har sagt att det här barnet ska inte börja tutta nånting här vid bröstet utan... här är det mat och sen går den till pappan. Alltså gud, vilket snävt synsätt! Att allt annat kan fås på andra sätt...det är lite synd att man begränsar det på det sättet. Så synd att hon tror så lite om sig själv.”

”I stunden ger det närhet, kärlek och trygghet och kanske... för mamman en känsla av att ha lyckats, en sån lycka... och stolthet också att... yes, min kropp klarar av det här och jag har tillräckligt med mjölk”.

5.2 Hur handleder man i amning?

Avhandlingens andra frågeställning gäller barnmorskornas uppfattning om professionell kompetens i amningshandledning. Kategorierna har vuxit fram ur barnmorskornas berättelser om vad som är viktigt att tänka på när man handleder i amning och vad som kan vara svårt och som de gärna skulle vilja vara bättre på. Följande kategorier kunde identifieras: *Teknisk/fysiologisk kompetens, relationell kompetens samt kontextuell kompetens.*

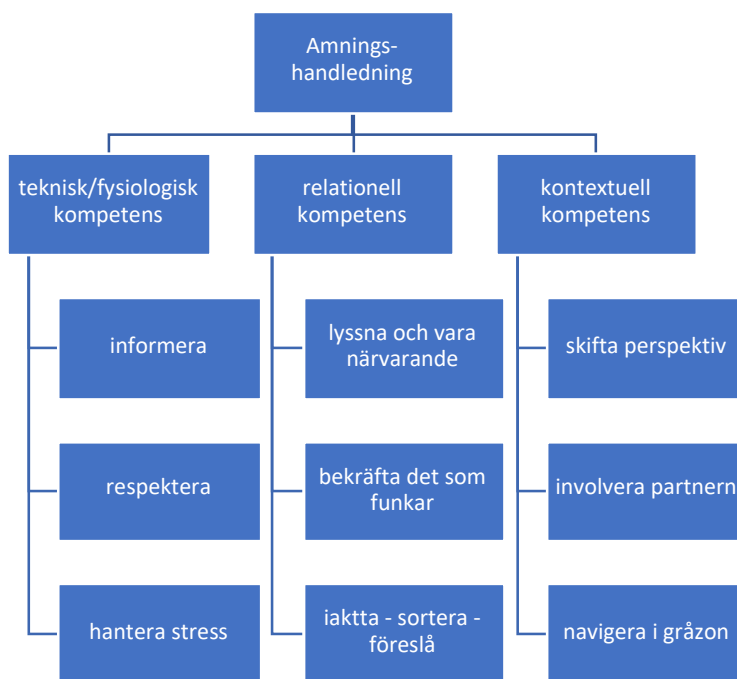


Bild nr. 7. Schematisk bild av hur barnmorskor uppfattar professionell kompetens i amningshandledning.

Underkategorierna som identifierades till *teknisk/fysiologisk kompetens* identifierades som ”informera”, ”respektera” samt ”hantera stress”. Till den andra kategorin *relationell kompetens* hör underkategorierna ”lyssna och vara närvarande”, ”bekräfta det som funkar” samt ”iakttta – sortera – föreslå”. Underkategorierna ”skifta perspektiv”, ”involvera partnern” samt ”navigera i gråzon” identifierades till den tredje kategorin *kontextuell kompetens*.

Underrubriken ”informera” till den första kategorin *teknisk/fysiologisk kompetens* innehåller kunskap om hur barnets mun ska se, hur kinderna och näsan ska vara, hur babyens kropp ska vara positionerad i förhållande till mamma, hur mamman kan sitta, hur det ska låta. I denna kategori handlar det om kompetensen att få barnet att suga på bröstet:

”Om tanken är att vi ska väcka babyen och få den till bröstet så brukar jag berätta då först vad jag har tänker att... nu ska vi göra så här... att som gå igenom den proceduren. Så brukar jag ge mamman chansen då till att lyfta babyen i rätt position och när babyen då är framför bröstet kan jag ge henne info om på vilket sätt hon kan få babyen att gapa ännu större... Om det behövs kan jag dra lite grann i babyen haka och visa mamma att nu ser vi att både över- och underläppen är utåt...”

”Just i början att man får ett bra grepp, får en bra position på bebisen och själv har en bra ställning. Man vet vad effektiv amning är och hur den ser ut och man har inte ont och bebisen växer och såna saker. Det är superviktigt med det där men fortfarande hör jag mammorna säga att jag fick ingen handledning alls på BB och så vet man att med varendaste mamma som man träffar så går man ju igenom de här sakerna...”

I följande citat ges uttryck för frustration hos barnmorskan som handlar om hur hon ska förmedla sina kunskaper med tanke på att det rör sig om en omfattande mängd information och att tiden på BB är kort. Hon verkar uppleva det som sin plikt att visa *någonting*, även till de föräldrar som redan var nöjda som det var:

”Vissa känns det som att man ger allt man har och ändå räcker det inte. Men så finns det de som är jättenöjda bara med att oj, en ny amningsställning och så var de jättegglada.”

En annan utsaga låter ana frustration över att se att det behövs hjälp med amningen men inte få tillåtelse av mamman/föräldrarna att hjälpa till (på det sättet som barnmorskan kanske önskar handleda).

”Det är nog väldigt olika från person till person och sedan är det också så att vissa kanske kräver den där handledningen och vissa som man skulle vilja hjälpa mer men de vill kanske inte riktigt att man är där och hjälper också. Det gör det svårt, att se att de skulle behöva hjälp om de faktiskt vill amma men de vill inte ta emot.”

Under följande underkategori ”respektera” poängteras vikten av att inte vara för närgången samt att fråga om lov innan beröring:

”... att (som barnmorska) inte vara för på utan ge föräldrarna eget rum och möjlighet att prova på själva... att det upplever jag att jag många gånger kan vara för snabbt där med händerna, nämen får jag visa... att det här... ge mera ro åt dem att försöka själva och sedan ingripa om det ser ut som att ... (det inte funkar).”

”Om man bara hoppar på och tar i så kan jag nog tänka att mamman absolut kan bli rädd och skrämmd och absolut inte vill att någon gör det mera sen och att allt det där med amningen kan börja förknippas som något negativt”.

Barnmorskorna är medvetna om att det som kan förefalla vardagsarbete på en BB-avdelning, så som att inspektera och vid behov beröra kvinnors bröst för att hjälpa barnet att få ett optimalt tag, kan uppfattas som närgånget och obehagligt av mammor om man inte frågar om lov eller förvarnar först.

”Ja, för det får vi mycket feedback över att vi är som där så mycket och att vi tar i och så... jag brukar tänka att om jag behöver ta i så frågar jag att är det ok att jag tar i ditt bröst nu och hjälper.”

Att hellre använda sig av någon form av redskap i stället för att röra vid mamma och barn kommer fram som en form av respekt för kvinnans kropp:

”Att finnas där i början och kunna just hjälpa och... stödja mamman och säga att det där ser bra ut nu men kanske ska bebisen ligga lite mer åt det här hållet eller ger tips och råd... Jag brukar ta en babydocka och visa hur bebisen ska ligga.”

I underkategorin ”hantera stress” blir vikten av att göra handledningstillfället till en rofylld stund för mor och barn tydlig:

”Man liksom är i stunden, att man inte håller på med nåt annat, man försöker som skapa en lugn atmosfär där också, där handledningen händer.”

Vikten av att samtidigt försöka undvika att själv förefalla stressad kom fram i följande kommentarer:

”...man blir i panik nästan och nej, nu skriker ungen och mamman gråter och där ringer det andra rummet... då är det lite svårt att hålla sig lugn och då har det jättemycket sen.”

” Man kan inte bara tänka på det här med amningen, man måste också tänka på hur man själv ser ut, att man inte visar med några miner eller ljud...att man inte suckar eller att man inte visar att man är irriterad (skratt) eller att man själv är lite svettig... att man inte skapar ännu mer stress i situationen.”

Nedanstående citat exemplifierar upplevelserna av tidspress med informationsöverföringen.

”Jag tänker att när man kommer hem tidigt från BB på många ställen och då har inte amningen

kommit igång ordentligt. Det är inte lätt. Man försöker mata dem med info när de är på BB.”

Under följande huvudkategorin *hjälpa mor och barn att förstå varandra* beskrivs den professionella kompetensen i amningshandledning med vilken barnmorskan fokuserar på att underlätta för mamma och barn att komma igång med amningen genom att hjälpa dem lära känna varandra och stödja deras känslomässiga anknytning till varandra.

Den andra kategorin går under namnet *relationell kompetens*. I den finns tre underkategorier. I underkategorin ”lyssna och vara närvarande” tar sig barnmorskan tid att aktivt lyssna på kvinnans tankar om amning, visar intresse för kvinnans upplevelse och ger henne utrymme till att uttrycka sig.

”Viktigast är väl att man är som där och koncentrerar sig just på den mamman och bebisen, att man inte har något annat man funderar på där, att man faktiskt är där i stunden och just lyssnar på mamman vad hon vill... Att man håller sig lugn i stunden och lyssnar egentligen.”

Det viktigaste är väl att man kan lyssna på vad mamman säger och hur hon upplever situationen. Annars kan jag ju inte veta om jag inte frågar mamman. Att vad är problemet eller hur hon upplever det så vet du ju inte vilken handledning du ska ge. Där finns ju ingenting man kan säga om det inte är mamman själv som...Man liksom frågar vad hon önskar.”

Kvinnan ges därtill möjligheten att känna sig hörd, något som i en ny, omvälvande situation kan vara värdefullt för henne:

”Jag undrar vad jag ger för stöd... Allt. Allt... bara kanske det där att de... får någon som lyssnar. Tror jag.”

I underrubriken ”bekräfta det som funkar” framhålls vikten av att muntligt bekräfta det man ser som ser bra ut och berätta vad det är som är bra och förklara vad som kunde förbättras.

”Jag tror att det är många som behöver om inte liksom så där konkret hjälp alla gånger men åtminstone att man verifierar att det går bra och peppar någon omföderska genom att titta på amningen och säga: Precis det ser ut som om det går jättebra och så går man igenom de grejer man tycker är superbra.”

”Jag tror att många liksom behöver... om inte så där konkret hjälp alla gånger men åtminstone att

man verifierar att det går bra och peppar henne... och åtminstone en gång går igenom de grejer som man tycker är superbra.”

I underkategorin ”iaktta–sortera–föreslå” samlas utsagor om selektiv handledning, som är skraddarsydd efter vad barnmorskan har uppfattat vara mammans behov:

”Man väljer vilken information man ger åt vem. Lite beroende på vad det är för barn man har framför sig. Vad har den för utmaningar, vad har den för resurser och kompetenser. Att lite kunna välja hur man handleder beroende på situationen. Jag upplever inte att jag hade den kunskapen och det arbetssättet förut, att kunna särskilja på allting så bra som idag.”

”Man behöver liksom inte bara ösa ur sig allt utan man prioriterar, man sorterar informationen och ger det som är relevant just då för stunden.”

En barnmorska poängterar vikten av att portionera ut information utefter mammans/familjens behov:

”Man måste ju se situationen först före man börjar ösa på förslag. Annars kan du ju inte veta vad mamman behöver. Det måste ju vara personlig handledning. Alla mammor och barn är olika så man kan ju inte... ge, ösa samma information på alla, det skulle ju vara helt onödigt.”

Har mamman och barnet hunnit lära känna varandra lite bättre (d.v.s de har kommit hem från BB) så kan barnmorskan iaktta interaktionen i familjen och på så vis bedöma behovet av hjälp:

...”så ser man på interaktionen, den är ju jätteviktig, hur är hon med sin baby? Det är ju en stor sak, det ser man ju redan när de kommer in. Man vet hur man ska ta sig fram med problemet med att... hur hon förhåller sig till sin baby”.

”Jag tittar på hur de pratar med varandra, hur de söker ögonkontakt, pratar om sin baby... Vissa som kommer är så otroligt trötta och då vet man att de här... har det jättejobbigt i sin familj och ett jättejobbigt liv.”

Den tredje kategorin *kontextuell kompetens* utgörs av att förse mammorna med insikter om hur amningen fungerar i vardagen och att ge realistiska bilder av hur livet med en nyfödd kan fungera. Kategorin amning i vardagen delades upp i tre underkategorier: ”skifta perspektiv”,

”involvera partnern” samt ”navigera i gråzon”. I underkategorin ”skifta perspektiv” lyfter barnmorskan också blicken från barnets sugtag vid bröstet för att titta på situationen i sin helhet:

”Vi som arbetar med amningshandledning säger alla att amningen i sig är en sån otroligt liten del. Och allt det andra, hela familjen... Hela deras mående är otroligt stort.”

Citatet nedan exemplifierar ett skifte av perspektiv från amningen till mammans välmående:

”Nog får vi amningen att fungera. Så är det ju nästan alltid. Bara man inte börjar i fel ända och börjar med amningen! Man börjar i andra ändan. Jag börjar med mamman.”

Barnmorskan betonar vikten av att inte bara ta hand om barnet utan också ta hand om sig själv:

”Men de har så stor stress i sina liv på grund av att de fått sin prematura baby. Så de har inte... Ingen har hunnit prata med dem om det. Att ta hand om sig själv. Ät. Drick. Och bara går ut. Ta lite frisk luft några gånger per dag. Det ökar mjölkproduktionen otroligt mycket. De bara tittar på en och bara: men nåt sånt har jag inte alls tänkt på och deras son är tre månader.”

I underkategorin ”involvera partnern” ser barnmorskan vikten av att partnern är aktivt med för att vardagen ska fungera:

”Man kan få partnern med lite som stöd och kanske lite tittar och ger positiv feedback där också kan det vara bra att partnern vet att vad är ett bra suggrepp, vad är en bra ställning. Så kan ju partnern senare känna sig involverad också på ett annat sätt.”

Pappans välmående tas också i beaktande. Det handlar inte bara om att han ska veta vad han kan hjälpa till med utan hans åsikter och välmående efterfrågas:

”Vi frågar även om pappan, om hur han mår, hur han sover... Hur upplever han det här problemet eller hur upplever han att mamman satsar. Hur upplever han hur mamman mår.”

”Sen sätter vi oss ner och funderar på vad ni kan ta med er hem nu. Vad ska pappa fundera på. Det är jätteviktigt. Pappa är en stor del, en sån stor hjälp med vad han kan som göra för sin fru eller sambo...”

Den sistnämnda underkategorin ”navigera i en gråzon” handlar om hur barnmorskan hjälper mamman att komma till rätta i tillvaron genom att involvera andra yrkesgrupper eller stödpersoner och därmed lämnar den zon som direkt berör amningshandledning.

”Det är så otroligt mycket annat vi pratar om och gör och handleder i. Och bara försöker fixa, utöver amningen. Men det är ju också det jag säger, amningen fungerar i fungerande familjer.”

”Man sätter mycket tid och försöker reda ut alla bollar och alla trådar. Man kanske kan delegera eller få hjälp av andra instanser. Man är spindeln i nätet och man försöker lite... på olika sätt att få dom att må bättre.”

Gråzonen kan man kalla den insikt som professionell att man högst troligen inte vet allt och att man vågar lämna rum för osäkerhet:

”Även om en sak inte är väldigt typiskt så kan man inte i sin handledning med att säga nej, nej...absolut inte, så är det inte. Man liksom tänker att ja... kanske finns det en möjlighet att det skulle kunna vara så. Troligtvis är det nåt helt annat men man kan ju aldrig säga liksom helt säkert.”

Underkategorin ”navigera i gråzon” får slutligen beskriva barnmorskornas insikt att det sällan finns rätt eller fel när det gäller amningshandledning och att vad som passar en familj när det gäller amning, inte nödvändigtvis passar en annan.

”Jag har lärt mig under åren att absolut ingenting är svartvitt. Det är liksom så det är. Livet är så komplext och det gäller liksom inte bara amning utan det gäller egentligen alla saker.”

5.3 Sammanfattande syntes

Vid granskning av de kategorier och underkategorier som identifierades synliggörs ett mönster, pusselbitar av en helhet. Amningens kategorier: fysiologisk process, bekräftande samvaro samt omdaning av tillvaron kan beskrivas med en cirkel vars mitt utgörs av det tekniskt praktiska i amningen d.v.s. den fysiologiska processen. Det förefaller som om den fysiologiska processen utgör kärnan i amningen enligt barnmorskorna, vilket kanske inte är så märkligt. Den fysiologiska processen är synlig, tydlig och hanterbar. Processen beskrivs som både meningsfull och beundransvärd. Då en fungerande fysiologisk amningsprocess

stödjer anknytningen mellan mor och barn och upplevs som en bekräftande samvaro kan omdaning av tillvaron underlättas för mamman. Omvänt om den fysiologiska amningsprocessen upplevs som problematisk, kan det fördröja processen för mammorna att finna en meningsfull, bekräftande samvaro med babyn och även fördröja processen att finna sig till rätta i sin nya tillvaro.

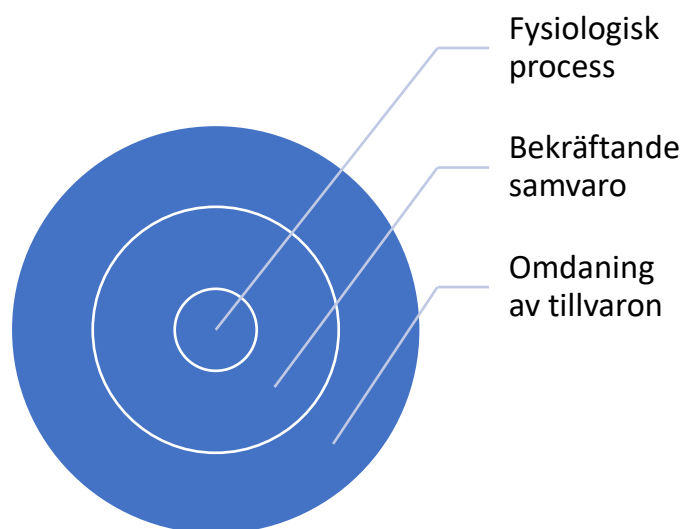


Bild nr. 8. Alternativ bild till hur barnmorskor uppfattar fenomenet amning.

Ett annat begrepp för kategorin bekräftande samvaro skulle ha kunnat vara anknytning. Anknytningsprocessen mellan mor och barn och dess möjliga samband med amning är ett eget forskningsområde, som inte ryms inom denna avhandlings ramar. I korthet handlar anknytning om de känslomässiga band som uppstår mellan det nyfödda barnet och dess föräldrar (eller annan vårdgivare).

De intervjuade barnmorskornas cirklar skiljde sig delvis från varandra på så vis att några hade endast ett skikt utanför den innersta kärnan, andra hade två omhöljande skikt. Att barnmorskor såg olika antal skikt kan bero på arbetsplatsens verksamhet (BB-avdelning, amningsmottagning eller en kombination av dessa) samt att personlig erfarenhet av amning i vissa fall saknades.

Vad handledning i amning beträffar kan man med en motsvarande cirkel beskriva barnmorskornas uppfattning om den professionella kompetensen: i mitten finns en kärna av kunskap i teknisk/fysiologisk kompetens; antingen genom att hjälpa barnet eller genom att hjälpa mamman hjälpa barnet. Barnmorskornas kunskap inom detta område är omfattande och deras beskrivningar av allt vad de gör är rika. I flera av intervjuerna ägnar barnmorskorna stor del av att beskriva allt de ägnar sig åt i sin strävan att få barnet att suga. Det handlar om amningsteknik (när, var, hur och hur länge barnet ska suga) och om fysiologiska processer (t.ex. hur mjölken kommer ut från bröstet). En barnmorska poängterade träffande att om det brister i kunskaperna om dessa grundläggande förutsättningar så spelar det ingen roll hur närvarande barnmorskan är eller hur mycket tid hon tar på sig, för hon kan ju ändå inte hjälpa modern.

Hur barnmorskorna tillämpar denna kompetens varierar. En del intar själva en aktiv roll för att hjälpa barnet att få ett bra sugtag, medan andra föredrar att skapa förutsättningar för modern och barnet att få till ett lyckat amningstillfälle då både mor och barn är nöjda.

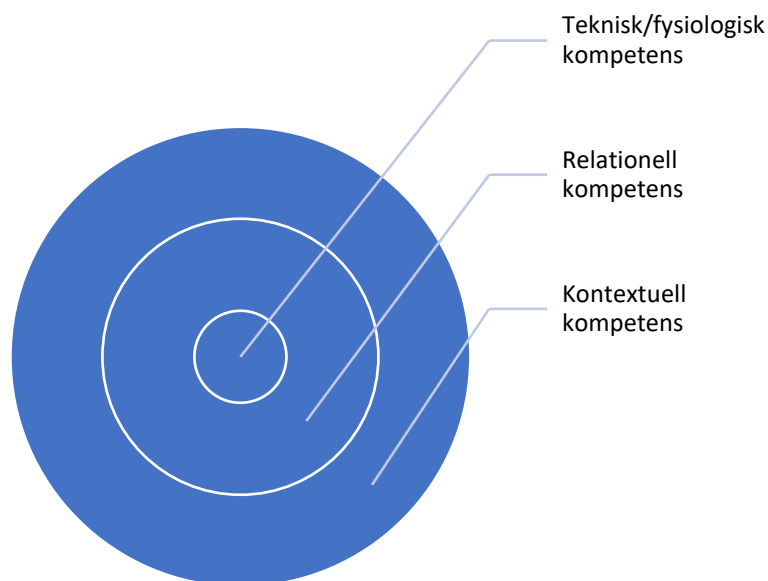



Bild nr. 9. Alternativ bild till hur barnmorskor uppfattar amningshandledning.

Nästa cirkel handlar om relationell kompetens och om att hjälpa mor och barn att förstå varandra och om att stödja deras känslomässiga band. Den yttersta cirkeln som jag kallar

kontextuell kompetens beskriver vad barnmorskan kan göra för att stödja den nyblivna mamman i sin nya tillvaro, i hennes vardag. Då man undersöker dessa två cirklar framkommer att de är kvalitativt likvärdiga till sitt innehåll. Cirklarna beskriver vidden av perspektiv, som kan vara begränsad till kärnan eller ha ett eller två yttre skikt. Syntesen av barnmorskornas sätt att erfarra amning och deras syn på hvad för slags kompetens det handlar om då man handleder i ämnet kan beskrivas genom att sammanföra cirklarna med sina respektive begrepp en modell nedan (bild nr. 10.), som utgör en syntes av de två resultaten. I syntesen speglas hur synen på amning leder till specifika sätt att handleda.

Kärnan i syntesen utgörs av följande påstående: Amningens kärna utgörs av en fysiologisk process, som man handleder genom att på olika sätt hjälpa mamman att få barnet att suga. Amningen har dock en vidare betydelse, i den bemärkelsen att den handlar också om en bekräftande samvaro och om stöd av de känslomässiga banden mellan mor och barn. I sin vidaste bemärkelse handlar amning om en fungerande, givande vardag i vilken hela familjen trivs och frodas. Kompetens i amningshandledning handlar om tekniskt och fysiologiskt kunnande, relationell kompetens i vilken man hjälper mor och barn att förstå varandra samt i sitt vidaste perspektiv ha de kunskaper och förmågor som krävs för att kunna förbereda, hjälpa och stödja modern och hennes partner i sin omdaning av tillvaron genom olika former av stöd som berör såväl föräldraskapet som det psykiska välbefinnandet. Inte alla barnmorskor ser amningshandledning i vid bemärkelse som något som hör till deras professionella kompetenser. För en del handlar kompetensen enbart om den innersta kärnan, det tekniska/fysiologiska, andra poängterar även vikten av att stödja det känslomässiga bandet mellan mor och barn.

I bilden nedan visas syntesen av de båda cirklarna amning och amningshandledning: Till vänster i rutan står beskrivet barnmorskornas uppfattning om vad amning är, till höger hur de uppfattar professionell kompetens.



Omdaning av tillvaron	• kontextuell kompetens
Bekräftande, kärleksfull samvaro	• relationell kompetens
Fysiologisk, meningsfull process	• teknisk/fysiologisk kompetens

Bild nr 10. Bild av syntes av amning och amningshandledning

6. Diskussion

I det avslutande kapitlet diskuteras avhandlingens resultat i relation till teorier om professionell kompetens (kapitel två), till rekommendationer för amningshandledning och till tidigare forskning i upplevelser av och attityder till amningshandledning hos såväl mödrar som barnmorskor (kapitel tre). Därefter följer en kritisk diskussion av metoden. Avslutningsvis diskuteras den praktiska nyttan av studien och förslag till vidare forskning ges.

6.1 Resultat

Resultaten i denna avhandling visar att de professionella kompetenser som barnmorskorna visar prov på stämmer väl överens med vad som stipuleras av såväl WHO som Hotus när det gäller det tekniska kunnandet i amningshandledning. Denna sorts kunskap handlar om vad man kan beskriva som *techne* och innebär att man som amningshandledande barnmorska vet hur det ska se ut, hur det ska kännas, hur det ska låta och hur ofta det ska ske. Barnmorskorna poängterar även vikten av att ge praktisk hjälp, bekräfta det som fungerar samt ge förslag till förbättringar, såsom preciseras i WHO:s amningsutbildning. Barnmorskorna försökte även ta i beaktande direktiv gällande s.k. *hands-off* handledning d.v.s. att hjälpa utan att beröra mödrarnas kroppar. Barnmorskorna ägnar tid åt att handleda i hur det nyfödda barnet visar hunger och försöker ofta utgå ifrån mödrarnas individuella situation. De beaktar sina kommunikationsfärdigheter och många insåg vikten av aktivt lyssnande och närvaro som en del av kommunikationen. Dessa tekniska färdigheter eftersträvas i direktiv från WHO, THL och Hotus.

Dock kan det konstateras att den praktiska visdomen baserad på etik och reflektion, den slags kunskap som man kan kalla *fronesis*, inte förefaller vara lika efterfrågad i de styrdokument som gäller amning och amningshandledning. Kinsella och Pitman (2012) konstaterar att det idag råder en kunskapssyn i vilken *techne* och *episteme* eftersträvas och lyfts fram på bekostnad av *fronesis*. Författarna anser att en värderationalitet har fått ge vika för instrumentell eller teknisk rationalitet och att synen på kunskap inom såväl skolan som hälso- och sjukvården därmed begränsas till en viss form av vetenskapsbaserad kunskap, karaktäriserad av algoritmer och kännedom av tekniska protokoll.

Den kunskap eller praktiska visdom som fronesis kallas, kan man skymta i de vidare perspektiven på handledning; både i den relationella kompetensen och den kontextuella. I de formerna av handledning krävs närvaro, förmåga att lyssna samt en förmåga att våga gå utanför gängse gränser för vad amningshandledning är. Detta undersökningsresultat pekar dock på att i gruppen barnmorskor var det vanligare med ett mer s.k. instrumentellt handledningssätt, med fokus (mestadels) på bröst och barn och mindre intresse för kvinnans upplevelse. Verksamhetens tyngdpunkt föreföll för en del barnmorskor ligga i ett ständigt görande: att få barnet att suga. Att i amningshandledning inrikta sig på hur barnet suger och på dess viktuppgång kan av mödrarna uppfattas som ensidigt och oengagerat (Palmér et al., 2015, Burns & Schmieds, 2017). Eftersom amning i ett större perspektiv handlar om att hjälpa mor och barn och förstå varandra och få vardagen att fungera skulle man kunna tänka sig att även kvinnans upplevelse skulle tillägnas mer uppmärksamhet och synas mer i berättelserna om vad barnmorskorna konkret ägnar sig åt i sin handledning i amning.

Det ständiga görandet konstaterades i materialet vara en väsentlig del av handledningen men en viktig sådan, och den berörde kärnan av arbetet. Ändå var omfattningen av görandet såsom den framstod i materialet oväntad. Mödrarna i Palmérs (et al., 2015) forskning efterlyste att få dela sin upplevelse med barnmorskan och skapa en relation till henne. Det är av förklarliga skäl svårt att få till stånd, om barnmorskan är upptagen med att göra saker för att få barnet att suga. Trots mycket görande poängterades vikten av närvaro och tillit i mötena med mödrarna. I dessa stunder gavs utrymme till modern att dela med sig av sin upplevelse och bli lyssnad på, även om tiden ibland beskrevs som kort. Mödrarna i Burns och Schmieds (2017) studie poängterade ju också att en relation är möjlig även om tiden är kort, om barnmorskan visar sig intresserad av moderns individuella situation.

I materialet framkom hur i ytterst begränsad omfattning barnmorskorna ifrågasätter de krav som sjukhusets ledning ställer på dem, t.ex. när det gäller bemanning. Det kom fram i berättelserna om stresshantering att personalresurserna inte föreföll räcka till, t.ex. nattetid då det ofta är färre personal även om antalet mödrar och nyfödda är detsamma eller fler. Att ha färre personal nattetid fungerar möjligen om mödrarna inte ammar och om bebisarna inte är hos sina mödrar utan i ett annat rum, så som var brukligt förr. Det kan också fungera om det finns familjerum och partnern är på plats och kan hjälpa till. Ingen av dessa förutsättningar gäller i rådande läge på de sjukhus där de intervjuade barnmorskorna var

verksamma. Tidigare forskning i personalens upplevelser av amningshandledning pekar också på tidsbrist och på organisatoriska utmaningar i verksamheten (Laanterä, Pölkki & Pietilä, 2011).

En kort reflektion från den egna yrkeserfarenhet som barnmorska: Vad gäller den organisatoriska verksamheten på en sjukhusavdelning så finns det listor på arbetsuppgifter som ska utföras, som ibland kommer i form av styrdokument från ledningen men också i former av rutiner som upprätthålls av gammal vana och som inte har utvärderats. I denna avhandlings datainsamling kom bl.a. utsagor som handlade om tidspress som upplevdes hos barnmorskan med att hinna mata mamman med så mycket information som möjligt innan mamman skulle lämna sjukhuset. Det förefaller som att barnmorskorna saknar förmågan att se att kraven som ställs på dem emellanåt är orimliga och därtill ofta förlegade. Åtminstone skulle man regelbundet kunna se över de arbetsgifter, uttalade och outtalade som existerar med syfte att utveckla verksamheten. Skribenten efterlyser härmed regelbunden reflektion och utvärdering av den egna verksamheten, ett kompetensområde som inte syns i det insamlade materialet alls.

Med ett instrumentellt perspektiv kanske kompetensen att handleda i amning nattetid bedöms vara tillräcklig om barnmorskan hinner komma in i rummet och få barnet att suga på bröstet, då modern ringer och vill ha hjälp med det. Det har dock konstaterats i forskning att mödrarna önskar mer än endast fokus på bröst och bebis. Barnmorskorna vet att amning är mer än endast den fysiologiska processen, mer än att få barnet att suga men de har inte alltid möjlighet att stanna upp i detta. Ur materialet väcks frågan: vilka av alla de krav på verksamheten som ställs har man som barnmorska möjlighet att ta i beaktande? Dall'Albas (2009) tankar om att integrera och införliva rutiner och traditioner i ett fält av tvetydigheter vad gäller möjligheter och begränsningar, öppenhet och motstånd samt individ och andra låter antyda att det finns ett spelrum att ta i besittning, ett utrymme som barnmorskorna ännu inte har tagit.

Kanske var Benner (1982) inne på samma sak då hon beskrev hur expertkompetens utgjordes av en intuitiv förmåga att se helheten i situationer och att inte behöva förlita sig på abstrakta teorier och regler i sitt handlande. Den intuitiva förmågan behövs i amningshandledning i de möten med föräldrarna då genuin närvaro och aktivt lyssnande krävs. Jämte en intuitiv

förmåga behövs insikt i omöjligheten att uppfylla alla de krav som ställs; organisatoriska, praktiska och vetenskapliga. Benner förespråkade ett engagerat förhållningssätt till arbetsuppgifterna och menade att motsatsen utgjordes av att stå utanför som en betraktare. Vid genomläsning av materialet väcks tanken att de intervjuade emellanåt skulle vara förtjänta av att stå utanför och betrakta verksamheten ur ett fågelperspektiv. Samtidigt framkom det i en utsaga hur engagemanget i arbetet med amningshandledning ger energi och en vilja att fortsätta.

Några ord om reflektion i arbetet med amningshandledning kan här vara på sin plats och här gör jag en oväntad och egentligen otillåten manöver och introducerar en författare som itne tidigare nämnts, nämligen Frank, vars tankar i Kinsella och Pitman, (2012) väckte tankar hos mig. Frank beskriver hur reflektiv verksamhet börjar med ett oväntat och oönskat avbrott. Öväntade avbrott innebär att arbetsrytmen kommer ur balans och planering av dagen kanske hamnar i farozonen. Avbrottet kan i denna avhandlings kontext utgöras av en nyfödd baby som gråter och inte finner ro vid bröstet och av en av denna anledning orolig, nybliven mammas uppsyn som hindrar barnmorskan från att lämna rummet som hon just hade tänkt göra. Enligt Frank är avbrott nödvändiga för att få perspektiv på de olika krav som föreligger på verksamheten. Frank lyfter fram praktiska, organisatoriska, vetenskapliga, etiska och moraliska krav.

De första fyra kraven kan man omgående relatera till amningshandledningens verksamhet. Men vad föreligger det för moraliska krav i en amningshandledningssituation? De moraliska kraven menar Frank (i Kinsella & Pitman, 2012) handlar om den uppmaning som kan betraktas som mycket besvärlig inom hälso- och sjukvården i allmänhet: *"Don't just do something, stand there!"* Eller ännu bättre, sätt dig ner en stund, föreslår Frank. Var tyst. Först då kan man (i detta fall som handledande barnmorska) inse vilka krav på verksamheten som i detta tillfälle egentligen är relevanta.

Vidare önskar jag återkomma till Aristoteles kunskapsbegrepp i allmänhet och fronesis i synnerhet, som jag med fördel kan tillämpas då man diskuterar vad amningshandledningens kunskapsområde utgörs av. Med många års yrkeserfarenhet inom förlossningsvården kan jag instämma i Kinsella och Pitman (2012) påstående att hälso- och sjukvården genomsyras av den kunskapsdimensionen som Aristoteles kallade episteme. Episteme kommer till

uttryck i direktiv för olika arbetsuppgifter, som samtliga har obligatoriska hänvisningar till vetenskapligt belagda studier. Personal får endast ge evidensbaserade amningsråd till familjerna, vilket innebär att om någon metod att t.ex. öka sin mjölkproduktion inte har godkänts i en randomiserad studie så borde den inte nämnas till mamman. Nackdelen med de vetenskapliga teorierna när det gäller amningshandledning är att de kan ses som alltför generella och utan hänsyn till familjers individuella förmågor och behov.

Techne i sin tur är en nödvändig form av kunskap och utgörs i amningshandledning av olika metoder att få barnet att suga på bröstet. Det handlar även om fördjupade kunskaper i vad som är normalt och vad som är avvikande samt om att inse sina begränsningar och hänvisa vidare för hjälp av annan sakkunnig (läkare, sjukgymnast). Utan dessa tekniska kunskaper kan ingen amningshandledning ske, som en intervjuad barnmorska poängterade. Fronesis slutligen, den praktiska klokskapen inom amningshandledning, skulle kunna beskrivas som förmågan att navigera bland de olika krav och önskningar som föreligger inom det professionella verksamhetsområdet. Fronesis synliggörs i undersökningens kategorier *relationell kompetens* samt *kontextuell kompetens*. Speciellt utsagorna i underkategorin *navigera i en gråzon* beskrev en form av handledning som inte var begränsad av yttre ramar eller olika praktiska eller organisatoriska krav. Den praktiska klokheden som fronesis kan beskrivas som kom i dessa utsagor fram i form av frihet att våga handleda på det vis man upplevde att familjen var mest behjälpt med för att må bra.

Skribenten konstaterar avslutningsvis att då datainsamlingens resultat relateras till de teorier och modeller av professionell kompetens som valts ut så väcks tanken att avhandlingen hade varit förtjänt av ett noggrannare urval av teori som stöd till forskningsfrågorna. Med ett annat perspektiv på professionell kompetens hade kanske en djupare analys kunnat äga rum och resultatet hade varit mindre prägel av mosaik. Vad gäller professionell kompetens i amningshandledningen blev skribenten under arbetets gång varse att varje verksamhet behöver utföra sin egen modell av den eftersträlvade professionella kompetensen, såsom Torr (2008) gjorde med den farmaceutiska verksamhetens domän. Förslag på amningshandledningens domäner kunde vara de kategorier som den professionella kompetensen i amningshandledning utgjordes av: teknisk/fysiologisk, relationell och kontextuell. Därtill föreslår skribenten en domän i vilken kompetensen till reflektion över såväl egna professionella utvecklingen som verksamhetens målsättningar, visioner och

utvecklingsområden och slutligen en domän för verksamhetens praktiska organisering så som den sker var dag.

6.2 Metoddiskussion

Vid en kritisk granskning av denna avhandlingens metodiska tillvägagångsätt finns det ett flertal punkter att lyfta fram till diskussion. En punkt utgörs av frågan vilken betydelse undersökningsmetoden hade för resultatet. Eftersom målsättningen med avhandlingen var att beskriva olika uppfattningar hos barnmorskor och kunna identifiera ett mönster så valde jag den fenomenografiska forskningsansatsen, vars vanligaste datainsamlingsmetoder utgörs av den semistrukturerade djupintervjun. En annan möjlighet hade varit observation eller enkätundersökning. Jag valde intervjun då jag bedömde att det gav störst möjlighet till fördjupad förståelse för vad informanterna berättade med bäst möjlighet att be om förklaringar och förtydligande vid oklarheter. Därtill bedömde jag att intervjun som metod (på distans), i jämförelse med t.ex. observation skulle vara enklast att genomföra i pandemi-tider. Enkätundersökning som metod skulle inte ha möjliggjort samma djupdykning bland barnmorskornas uppfattningar.

Styrkor i metoden angående möjligheten att få svar på forskningsfrågorna skulle jag beskriva med frihet att ställa följdfrågor och be om förtydligande. I intervjuerna hade jag för avsikt att följa ett på förhand uppgjort manus med frågor enligt Kvale och Brinkmanns (2009) metod. Ofta utvecklade intervjun sig till samtal som ibland tog oväntade riktningar vilket ledde bort från manus. Svagheten i metoden kan beskrivas i samma andetag: den semistrukturerade intervjun börjar ibland för den ovana intervjuaren leva sitt eget liv och tar mer tid än planerat. Jag kan också konstatera att det krävs en viss vana att för bli skärpt hela tiden under en intervju och inte låta tankarna börja vandra. Målsättningen var att följa Kvale och Brinkmanns (2009) anvisningar och ”skjuta framåt” d.v.s. hela tiden försöka klargöra svarnes innebörd så noggrant som möjligt under intervjuns gång. Detta upplevde jag emellanåt som utmanande och förmodar att det har sina orsaker i bristande erfarenhet av att intervjua. Därtill blev jag varse i resultatdelen hur jag emellanåt borde ha frågat mer om vad professionell kompetens innebär för informanterna för att få ett tydligare svar. Ibland har jag tolkat det de säger att de gör som samma sak som de tycker man ska göra som kompetent handledande barnmorska.

Ytterligare en kritisk punkt gäller urvalet av informanterna, som enligt Chekol (2012) borde vara noggrant utvalda med syfte att finna så stor variation i materialet som möjligt. I detta fall skedde rekryteringen av informanter via mitt professionella nätverk och via informanternas nätverk. De tre jag rekryterade ur mitt nätverk var möjligen mer intresserade av amningshandledning än vad genomsnittsbarnmorskan är. Detta kände jag till och det var på basen av deras intresse som jag bad dem delta i intervjun. För att bredda variationen bad jag dem om tips på kollegor som hade en neutral inställning eller negativ inställning till amning. Ingen kollega med negativ inställning kunde dock lokaliseras i deras svenskspråkiga nätverk. Att hälften av informanterna har ett uttalat amningsintresse och hälften ett mer neutralt (enligt de kollegorna som tipsade mig om dem och enligt min bedömning, baserad på intervjuerna) innebär att datamaterialet består av mer positivt inställda utsagor till amning än vad som är fallet i en grupp barnmorskor valda på måfå. Antalet informanter är sex, vilket kan tyckas vara i underkant. I överenskommelse med min handledare fattades detta beslut, vilket slutligen visade sig vara en lämplig mängd för ett första fenomenografiskt försök.

Analysen av datamaterialet skedde med hjälp av Dahlgren och Fallsbergs (1991) metod som är redogjord för i kapitel 4.4. De sju stegen var tydliga att följa och gav en tydlig struktur till arbetet med att analysera materialet. Vid något skede insåg jag att vägen var längre än sju steg, eftersom jag blev tvungen att gå fram och tillbaka upprepade gånger. Materialet förnyades under min blick var gång jag hade lämnat det ifred ett tag. Av denna anledning är jag emellanåt tveksam till om jag verkligen är färdig med analysen. Tidsramen fick dock avgöra. Det varit givande att ta med en utomstående testperson, som skulle ha kunnat läst igenom ett urval av citat eventuell också några påhittade citat och därefter försökt identifiera rätt kategori. Detta skedde dock inte denna gång, tidsramen avgjorde även i detta beslut.

Vad gäller avhandlingens tillförlitlighet d.v.s. reliabiliteten som innebär hur noggrant resultaten har återspeglats hade ett sätt att öka reliabiliteten i resultatet varit att låta en utomstående person "testa" kategorierna, genom att t.ex. låta hen sortera utsagor och undersöka huruvida om de hamnar i samma kategori som jag själv valt. Detta förfarande hade jag dessvärre ingen möjlighet att prova denna gång. Angående validiteten, d.v.s. frågan om man har lyckats mäta det man önskar mäta, kan det ske genom att granska datainsamlingsmetoden, d.v.s. intervjuhantverket. och bedöma hur väl den är utförd

forskningsmetodiskt sätt. I denna avhandling använde jag mig av Kvale och Brinkmanns (2009) anvisningar för den kvalitativa intervjuens hantverk. Ett manus för de semistrukturerade intervjuerna skrevs och visade sig vara en stor hjälp då samtalet förirrade sig och intervjuens röda tråd försvann. Forskningsfrågorna omarbetades till ett flertal intervjufrågor, ställda med ett vardagligt språk och begripliga ord. Exempel på intervjufrågor finns redovisade i metodkapitlet.

Kvale och Brinkman (2009) diskuterade även intervjun som etiskt hantverk, vilket blir följande punkt att ta upp till kritisk diskussion. Under arbetets gång med denna avhandling har författarnas grundliga genomgång av vad etisk kapacitet konkret innebär fungerat som en riktningssvisare. Det handlar om en förmåga som i sin kärna utgörs av det informerade samtycket, konfidentialiteten samt att vara medveten om konsekvenser intervjun kan ha.

Det informerade samtycket gavs skriftligt via e-post, då personen gick med på en intervju och tidpunkt och plats planerades. I denna studie gav personerna själva sitt samtycke (och inte deras chefer) eftersom det inte specifikt handlade om någon avdelnings eller sjukhus verksamhet. Eftersom svenskfinländska kretsar är små är det extra viktigt att de intervjuades anonymitet skyddas. De intervjuade informerades om att intervjuerna skedde med ett antal personer på olika orter i landet. Några av informanterna kände till varandra och visste att jag planerade intervjuer. Jag har inte bekräftat för någon informant vilka personer det är som jag har intervjuat och materialet har endast fått läsas av mig. För att undvika att enskilda personer känner igen sina utsagor i den färdiga avhandlingen har jag emellanåt ändrat på vissa dialektala uttryck. Risken att resultaten i denna avhandling kommer att ha professionella följder som följd till att t ex någon av de intervjuades chefer skulle komma över materialet, gissa identiteten och på något sätt låta detta få negativa följder för barnmorskan bedömer jag som ringa. Innehållet i utsagorna är inte av den karaktären att en överordnad skulle kunna klandra barnmorskan. Transkribering skedde med hjälp av Panopto, genomlysning för renskrivning behövdes för varje intervju. Det inspelade materialet ämnar jag radera från Panopto och från min dator.

6.3 Praktiska implikationer för vidare forskning

Avhandlingens resultat väckte många frågor som fortfarande är obesvarade och som skulle vara intressant att forska vidare i. En konkret och aktuell fråga utgörs utav hur kan man på

en BB-avdelning kan säkra fädernas/partnerns deltagande i amningshandledningen. Barnmorskorna konstaterade att en viktig del av handledningen utgörs av att involvera partnern. Dock stöder inte dagens organisation av BB-vården fädernas/partnerns aktiva deltagande i amningshandledningen på många av landets stora sjukhus. Vilken påverkan denna frånvaro har på amningshandledningen är obekant. Ytterligare forskning i hur man kan handleda amning med hjälp av aktivt lyssnande och närvaro skulle vara intressant att undersöka närmare. Slutligen skulle det vara önskvärt att årligen eller åtminstone regelbundet framställa statistik på amningens förekomst och längd i Finland samt att det på THL skulle återinstalleras en tjänst för en nationell amningskoordinator med uppgift att leda arbetet med amningsstöd på nationell nivå. Med det i åtanke skulle vidare forskning förslagsvis i form av en meta-analys av hur amningsarbetet stöds på nationell nivå i de andra nordiska länderna rekommenderas.

Litteraturförteckning

Adams, R., Daly, S., Mann, L & Dall'Alba G. (2011) Being a professional: Three lenses into design thinking, acting, and being. *Design Studies* 32(6), s. 588-607.

DOI: 10.1016.2011.07.004

Benner, P. (1982) From Novice to expert. *American Journal of Nursing*, March 1982, 402–411. *A Collection of readings related to competency-based training. 1994.* Deakin

University

Benner, P., Rooke, L. & Grundberg, T. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund, Studentlitteratur.

Burns, E. & Schmied, V. (2017). "The right help at the right time". Positive constructions of peer and professional support for breastfeeding. *Women and Birth*, 2017, s. 389–397.

Cameron, M. (2009). Review Essays: Donald A. Schön, *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. *Qualitative Social Work*, vol. 8,1. S 124-129. Nedladdad från: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.vasa.abo.fi/action/doSearch?filterOption=thisJournal&SeriesKey=qswa&AllField=reflective+practitioner+Donald+schön>

Cheetham, G. & Chivers, G. (1998). The reflective (and competent) practitioner: a model of professional competence which seeks to harmonise the reflective practitioner and competence-based approaches. *Journal of European Industrial training* 22/7, 267-276. DOI:10.1108/03090599810230678/.

Chekol, I. i Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. (?)

Dahlgren, LO & Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *J Soc Adm Pharm* 1991;8 (4) 150–6.

Dall'Alba, G. (2009) *Learning to be professionals*. Springer.

Dall'Alba, G. (2009) Learning Professional Ways of Being: Ambiguities of becoming. *Educational Philosophy and Theory* 41(1), s 34-45. DOI: 10.1111/j.1469-5812.2008.00475.x

Dall'Alba, G. & Sandberg, J. (2006). Unveiling Professional Development: A Critical Review of Stage Models. *Review of Education Research*, vol 76, No.3, s.383-412.

Degrande, H., Liu, F., Greene, P. & Stankus, J. (2018). The Experience of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive & Critical Care Nursing* 49 (2018) 72-78. DOI:10.1016/j.iccn.2018.08.005 .

Dennis CL. & Mc Queen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica* 96:590-4.

Dreyfus HL & Dreyfus SE (1980). A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. University of California, Berkeley. Tillgänglig på <https://www.researchgate.net/publication/235125013>

Dreyfus HL & Dreyfus SE (1986). *Mind over the Machine - The power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. Basil Blackwell LTD, Oxford.

Ekström A, Kylberg E, Nissen E (2012) A process-oriented breastfeeding training program for health professionals to promote breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2012, 7 (2): 85-92. Doi: 10.1089/bfm.2010.0084.

Epstein, R. & Hundert, E. (2002) Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287, s. 226–235. Abstrakt tillgänglig på <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11779266>

Frank, AW (2012) Reflective Healthcare Practice i Kinsella E & Pitman, A (2012) *Phronesis as professional knowledge. Practical Wisdom in the Professions*. Brill, Ebook. Tillgänglig på: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.vasa.abo.fi/lib/abo-ebooks/detail.action?docID=3034705>

Gavine, A., MacGillivray, S., Renfrew, MJ., Siebelt, L., Haggi, H., & Mc Fadden, A. (2017). Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *International Breastfeeding Journal* 12, 6 (2016). DOI:10.1186/s13006-016-0097-2

Hakulinen, T., Otronen, K. (2017) Imetysohjaus äitiysneuvolassa. I Hakulinen, T., Otronen, K. & Kuronen, M. (Red.) *Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022*. THL. Ohjaus 24/2017.

Hakulinen, T., Otronen, K. & Nykyri A. (2017) Imetysohjaus julkisessa palelujärjestelmässä. Jatkuvuus. I Hakulinen, T., Otronen, K. & Kuronen, M. (Red.) *Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022*. THL, Ohjaus 24/2017.

Hakulinen, T., Otronen, K. & Kuronen, M. (Red.) (2017) *Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018-2022*. THL. Ohjaus 24/2017. Helsingfors.

Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka M-T. (2008) A systematic review of professional support for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*. 17, s. 1132-1143. DOI: 10.1111/j.365-2702.2007.02239.x

Hannula, L., Kaunonen, M., Koskinen K. & Tarkka M-T. (2010). *Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus*. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Hauck, Y., Fenwick, J., Dhaliwal S. & Butt, J. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Maternal Child Care Journal* 2011;15:260-8.

Ikonen, R., Parisod, H., Tuomikoski, A., Siltanen, H., Hakulinen, T. & Holopainen, A. (2019) Vauvamyönteisyys käyttöön. Käsikirja yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseen. Hämtad från <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/10/netti-vauvamyönteisyys-kasikirja.pdf>

Ikonen, R. & Hakulinen, T. (2019) *Imetyksen edistäminen synnytyssairaaloissa. Selvitys nykyistä käytännöistä*. Työpaperi 12/2019. THL. Hämtad 25.4.20 från http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137753/URN_ISBN_978-952-343-311-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ikonen, R. Föreläsning under amningsveckans seminarium på Metropolia, Helsingfors, 1.10.19.

Ikonen, R. (2020) Vauvamyöntäisysohjelma – Uudet ohjeet ja implementointi. Föreläsning 9.4.20. THL.

ILCA (u.å.). *The Neo-Bfhi: The Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards*. Tillgänglig på: <https://connect.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi>.

Kinsella, E. (2010). The art of reflective practice in health and social care: reflections on the legacy of Donald Schön. International and Multidisciplinary Perspective. Volym 11, 2010. DOI: [0.1080/14623943.2010.506260](https://doi.org/10.1080/14623943.2010.506260)

Kinsella EA. & Pitman, A. (red) (2012). *Phronesis as professional knowledge. Practical Wisdom in the Professions*. Brill, Ebook. Tillgänglig på: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.vasa.abo.fi/lib/abo-ebooks/detail.action?docID=3034705>

Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, Studentlitteratur.

Laanterä, S. (2011) Breastfeeding Counseling in Maternity Health Care. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertation in Health Sciences. Kuopio: Kopijyvä.

Laanterä, S., Pölkki, T. & Pietilä, AM. (2011). A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *International Journal of Nursing Practice*; 2011, 17(1): s. 72-84.

Laanterä, S., Pietilä, A-M & Pölkki, T. (2010). Knowledge of breastfeeding among pregnant mothers and fathers. *Journal of Perinatal och Neonatal Nursing* 2010 24(4), s. 320-329.

Laanterä, S., Pietilä, A-M, Ekström, A. & Pölkki, T.(2011) Confidence in breastfeeding among pregnant mothers. *Western Journal of Nursing Research*. **Precisera!**

Larsen, JS., Hall, EO. & Aagaard, H. (2008) Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22(4):653-61.

Larsson J. & Holmström, I. (2007). Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2:55-64.
doi:10.1080/17482620601068105.

Marton, F. Phenomenography – Describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* 10 (1981) 177–200. Tillgänglig på <https://doi.org/10.1007/BF00132516>

Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.

Mickleborough, T. (2015). Intuition in medical practice: A reflection on Donald Schön's reflective practitioner. *Medical teacher*. vol.37, issue 10. Nedladdad från: <https://web-b-ebsohost-com.ezproxy.vasa.abo.fi/ehost/detail/detail?vid=0&sid=bb9f3318-772c-40f1-8280-ef31588e4ca5%40sessionmgr101&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=110082237&db=a9h>

Nykyri, A. (2017) Imetysohjaus synnytyssairaalassa. I Hakulinen T., Otronen, K. & Kuronen, M. (Red.), *Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018-2022* (s. 183-189). THL ohjaus 24/2017.

Palmér, Carlsson, Brunt och Nyström (2015) Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. *International Breastfeeding Journal* 10:17. DOI 10.1186/s13006-015-0042-9.

Pietilä A-M., Ekström A., Pölkki, T. & Laanterä, S. Breastfeeding attitudes of Finnish parents during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, 10 (1):79.

Race, P. (2006). *The Lecturer's Toolkit. A Practical Guide to Assessment, Learning and Teaching*. London, Routledge. DOI: 10.4324/9780203707340.

Rollins, N., Bhandari, R., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, CK, Martines, JC... Victoria, CG. (2016). Why invest, and what will it take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* 2016;387.491-504.

Schaffar, B. (2019). Svårigheter i att definiera begreppet kompetens. *Nordic Journal of Vocational Education and Training*. Vol 9, No.1, 111-128. DOI: 10.3384/njvet.2242-458X.1991111

Schön, D. (1983). *The Reflective practitioner. How professionals think in action*. Basic Books. (Nedladdad 28.4.21). Tillgänglig på:
<http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Formação%20Continuada/Artigos%20Diversos/reflective%20practitioner%20-%20schon.pdf>.

Sjöström, B. & Dahlgren L-O. (2002). Nursing Theory and Concept Development of Analysis. Applying Phenomenography in Nursing Research. *Journal of Advanced Nursing* vol 40, nr 3, pp 339-345. Tillgänglig på
DOI: [10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x)

Sveriges officiella statistik. Hälsa- och sjukvård, 2019. Artikelnr. 2019-9-6378. Hämtad 3.3.21 på <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6378.pdf>

Stenfors, T., Hult, H & Dahlgren MA. (2013). A phenomenographic approach to research in medical education. *Medical Education* 2013; 47: 261-270. Doi:10.1111/medu.12101

Stranius L. & Nykyri, A. (2017) Imetyks ja kestävä kehitys i Hakulinen, Otronen & Kuronen (red.) *Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018-2022*. THL. Ohjaus 24/2017. Helsingfors.

THL (2009). Kansallinen imetyksen edistäminen asiantuntijatyöryhmä (Red.): Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009-2012. Raportti 32/2009. THL: Helsingfors.

THL (2016). Perheiden palautteesta tukea palvelujen kehittämiseen. Synnytyssairaalakyselyn ja äitiys- ja lastenneuvolakyselyn tulokset. Slideshare, THL.

THL (2017) Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018-2022. Ohjaus 24/2017. Helsingfors.

THL (2018) Ennako: Perinataalitilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018. Hämtat 1.11.19 från https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2019/Perinataalitilasto_2018_ennako.pdf

THL (2019). Imeväisruokintaselvitys 2019. Hämtat den 31.10.19 från <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/imevaisruokintaselvitys-2019>.

THL (2019): Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. Hämtat 30.10.19 från http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137459/URN_ISBN_978-952-343-254-3.pdf.

THL (u. å.) Mödra- och barnrådgivning. Hämtad 31.10.19 från <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/basservice/modra-och-barnradgivning>.

THL (u å). Korvikekoodi. Hämtad 29.10.19 från thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/vauvamyonteisyys-ja-vauvamyonteisyyssertifikaatti/vauvamyonteisyyden-kriteerit/korvikekoodi

Thorkildsen, K. & Råholm, M. (2010). The essence of professional competence experienced by Norwegian nurse students: A phenomenological study. *Nurse Education in Practice* 10 (2010) 183-188. doi: 10.1016/j.nepr.2009.08.003.

Unicef (1990) Innocenti-deklarationen. Hämtad 31.10.19 från <http://worldbreastfeedingweek.org/2018/wp-content/uploads/2018/07/1990-Innocenti->

Declaration.pdf

Uljens, M. (1989). *Fenomenografi: Forskning om uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur.

Uusitalo, L., Nyberg, H., Pelkonen, M., Sarlio-Lähteenkorva, S., Hakulinen-Viitanen, T. & Virtanen, S. (2012) *Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010*. Rapport 8/2012. THL: Helsingfors.

Vaarno, J. (2016) Parental Influences and Mothers' Experiences on Infant and Young Child Feeding. Turun yliopiston julkaisua. Sarja D osa 1233, Medica – Odontologica. Turun yliopisto.

Victoria, C., Bahl, R., Barros, A., Franca, G., Horton, S., Krasevec, J.,... Rollins, N. (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet* 2016; 387: 475-90.

Wright, A. & Hurst, N. (2018) Personal Infant Feeding Experiences of Postpartum Nurses Affect How They Provide Breastfeeding Support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2018:47, s 342-351.

WHO (1981) International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. Hämtad 1.11.19 från <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en/>

WHO (2006) Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 3, Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: a 20-hour course for maternity staff (2006). WHO, Unicef och Wellstart International. Tillgänglig på <http://www.tensteps.org/pdf/bfhi-section-3-eng.pdf> 6.4.21.

WHO (2017). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Guideline. Hämtad den 28.10.19 från: <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>.
Zwedberg, S., Naeslund, L. Different attitudes during breastfeeding consultations when infant formula was given: a phenomenographic approach. *Int Breastfeed J* 6, 1 (2011). DOI:10.1186/1746-4358-6-1

WHO (2018a) Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices.

Geneve, WHO. Hämtad 29.10.19 från

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf?ua=1>

WHO (2018b). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018.

Implementation guidance. Hämtad 29.10.19 från: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/> .