

Innspill til Kvinnehelseutvalget

Ammehjelpen takker for muligheten til å gi innspill til Kvinnehelseutvalget.

Om Ammehjelpen

Ammehjelpen er en partipolitisk uavhengig frivillig humanitær organisasjon som har arbeidet for å verne og fremme amming siden 1968. Organisasjonen har i dag ca 200 ammehjelpere og 0,9 fast ansatte i administrasjonen. Godkjente ammehjelpere har avlagt en prøve som ved bestått viser god kunnskap om amming, utfordringer og løsninger på disse.

Ammehjelpere er ikke helsepersonell, men noen har helsefaglig utdanning. Å drive ammehjelp er ubetalt, frivillig arbeid.

Vi ønsker at alle ammende skal få den hjelpen og støtten de trenger til å amme så lenge de selv ønsker. Vi støtter den som fullammer, delammer og den som ønsker å slutte å amme. Vi jobber for at ingen skal være nødt til å slutte å amme eller delamme mot sin vilje fordi de ikke får korrekt informasjon, god nok veiledning eller støtte i situasjonen.

Ammehjelpere gir gratis informasjon, veiledning og støtte ved spørsmål omkring amming og morsmelk, med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. De siste fem årene har vi i snitt svart på ca 36 000 henvendelser pr år via telefon, epost og sosiale medier. Nettsiden vår har nærmere 800 000 brukere pr år. Ammehjelpsgruppen på Facebook har snart 40 000 medlemmer.

De fleste ammehjelpere er tilgjengelige utenom helsestasjoners åpningstider, og skal være et supplement til det offentlige tilbudet på helsestasjoner og ammepoliklinikker.

Ammehelse er kvinnehelse

Ammehelse er ikke et vanlig ord i dagligtalen. Det syns vi det burde være.

Amming blir i helsevesenet stort sett oppfattet som en ernæringsmetode, og kun dét. I vår kultur er denne oppfatningen også vanlig. Det kan man blant annet se av utsagn som “nå trenger han vel ikke å ammes lenger, nå kan han jo spise vanlig mat”. Eller klassikeren: “Nå bruker han deg som smokk”. Mødre som er tilbake i jobb og ønsker ammefri, blir også møtt med lignende argumenter. Allerede fra babyen er nyfødt, blir man introdusert for begrepet måltid, riktig hyppighet av disse og ideell mengde melk per måltid. Det er selvsagt viktig at objektive tall for nødvendig mengde morsmelk for normal trivsel finnes, men amming er likevel mye mer enn ernæring.

De helsemessige effektene for mor og barn ved amming er velkjente, og vi går ikke nærmere inn på det her - annet enn å nevne høyere risiko for mage- og tarminfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, akutt mellomørebetennelse, overvekt, krybbedød, hjerte- og karsykdom senere i livet, diabetes og inflammatorisk tarmsykdom hos barn som ikke får morsmelk. Kvinner som ikke ammer har på gruppenivå høyere risiko for å få brystkreft,

eggstokkreft, diabetes, leddgikt og hjerte/karsykdommer sammenlignet med kvinner som ammer. (Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring)

Å amme barnet sitt har også mange umiddelbare effekter. Blant annet er amming regulering av barnet dersom det er oppkavet, trøtt, redd eller på annen måte utenfor sitt toleransevidu.

Morsmelk inneholder dessuten en rekke hormoner som regulerer barnets stemningsleie. For eksempel varierer innholdet av søvnhormonet melatonin i morsmelk med tid på døgnet (Italianer et al., 2020) og bidrar til lettere innsovning på kvelden. Morsmelk inneholder også antistoffer og andre stoffer som kan hindre sykdom, stamceller, enzymer, pre- og probiotika som alt er unikt for morsmelk, og som er viktig for barnets helse på ulike måter.

I en uformell spørreundersøkelse i Ammehjelpsgruppen på Facebook ble kvinnene spurt om hvorfor de ammer. De fleste svarte "fordi det føles naturlig" og fordi enten de selv, eller de selv og barnet, ville. Færre begrunnet valget om å amme med helsemessige fordeler. Ut fra innleggene i Ammehjelpsgruppen er dette også inntrykket: De fleste ammer fordi de selv vil og det føles naturlig, og ikke primært fordi det helsemessig er gunstig.

Hvorfor ammer DU?

Legg gjerne til eget alternativ hvis alternativene under ikke passer deg 😊



Som ammehjelpere har vi alle møtt på mødre som er i stor sorg fordi hun av forskjellige grunner har måttet slutte å amme uten at det var ønsket fra hennes side. Vår erfaring er at mange har dette med som en bekymring ved senere barnefødsler, og at det påvirker mødrenes psykiske helse, om enn i varierende grad.

Når det gjelder psykisk helse vet vi at å få barn i seg selv er en stor omveltning i livet. Det er et stort ansvar å holde liv i en baby med egen kropp. Man er sårbar for psykisk belastning og utvikling av behandlingstrengende lidelse når man i tillegg til omveltningen opplever vansker med å ernære barnet sitt på den måten man ønsker. Vår erfaring som ammehjelpere er at mange mødre har for dårlig kunnskap om normale søvnmønstre og normal amming, samt at sosiale forventninger gjør at mange foreldre opplever stress med å etablere søvnrutiner for sitt nyfødte barn.

En review publisert i Asian Journal of psychiatry fant blant annet at avbrytelser av søvn og dårlig søvn etter fødsel, samt mangelfull sosial støtte, er risikofaktorer for utvikling av barseldepresjon (Zhao & Zhang, 2020). Som organisasjon har vi ikke gjort systematiske

undersøkelser på effekten av hjelpen vi gir, men tilbakemeldingene viser at den har stor betydning for de som kontakter oss.

Amming og god opplevelse av amming er altså mer enn bare å kunne gi barnet mat og se at barnet legger på seg. For å romme alt dette ønsker vi "ammehelse" velkommen inn i vokabularet. God ammehelse gir god mor-barn-helse og god kvinnehelse.

"Om amming ses på som en kvinnes rettighet i stedet for som på et ansvar, løftes ansvaret av skuldrene hennes". Ordene er hentet fra et [svensk debattinnlegg](#).

Så lenge amming ikke ses i sammenheng med helse, er det også lett å overse behovet for å håndtere ammeproblemer som andre helseproblemer av somatisk eller psykisk art.

Det aksepteres ikke at personer med alvorlige psykiske lidelser får beskjed om å ta seg sammen og "gå en tur i frisk luft". På samme måte skal det heller ikke aksepteres at kvinner med ammeproblemer får beskjed om å holde ut litt til eller å kutte ut ammingen om de får problemer.

Det skal heller ikke aksepteres at det er kvinnen selv som må finne instanser som kan hjelpe henne, uten hjelp fra helsetjenesten, og at det er kvinnens bosted, økonomi eller ren flaks med hvem hun møter på som bestemmer om hun får hjelp.

Behov for en spesialisert helsetjeneste for ammeproblemer

Helsetjenesten i Norge er nivå delt, og helsehjelp gis på det laveste nivået det er mulig å gi forsvarlig hjelp. Helsetjenestens førstelinje er primærhelsetjenesten. Denne er organisert av kommunene og består blant annet av forebyggende helsetjenester som helsestasjoner med helsesykepleiere og leger, fastlegetilbud og legevakt. Man oppsøker først helsestasjon, fastlege eller legevakt med sitt problem, og ved behov for spesialisert hjelp henvises man til spesialisthelsetjenesten. Denne består blant annet av sykehus og spesialister (leger spesialisert i sitt fag) som praktiserer i egne virksomheter.

De aller fleste kvinner i Norge starter å amme (Folkehelseinstituttet, Spedkost 3). Men forventningene om amming står ikke i forhold til hjelpen som tilbys hvis det butrer imot og ammingen blir vanskelig;

For kvinner med ammeproblemer finnes det ikke noe helhetlig spesialisert tilbud å henvises til. Det er tilfeller hvor barnet henvises barneavdeling pga mye gulping, dårlig vekt oppgang, unormalt avføringsmønster etc, men sjeldent sees hele situasjonen under ett.

Mye gulping eller endret avføringsmønster kan for eksempel være symptomer på overproduksjon av melk, dårlig vekt oppgang kan skyldes ineffektiv diing (som igjen kan ha mange årsaker), særlig hvis sykdom hos barnet utelukkes. Kirurg som behandler abscess kan (som oftest ikke) gi råd som stimulerer melkeproduksjon tross sykdom og operasjon. Der mor er syk og innlagt er det ofte ikke mulig å ha barnet hos seg, eller bli utstyrt med pumpe og fasiliteter for å drenere melk fra brystet.

Vi får veldig mange henvendelser fra mødre som har fått utilstrekkelig hjelp i primærhelsetjenesten:

“Ammefiendtlige” råd

Mange råd gitt av helsepersonell fører til lavere melkeproduksjon. Dette kan f.eks være der mor har vedvarende sår på brystene og blir bedt om å bruke skjold eller amme sjeldnere for å la brystene og sårene få hvile. Det kan også være at kvinnen rådes til å ikke amme fra et betent bryst, enten ut fra frykt for at babyen skal få i seg puss eller at det syke brystet må få hvile, som er prinsippet ved all annen inflammasjon. Å ikke drenere et betent bryst for melk fører i mange tilfeller til økt inflammasjon og i verste fall abscess som må dreneres kirurgisk.

Råd om å terminere amming

Der ammeproblemene i primærhelsetjenestens øyne er uløselige, rådes kvinnen til å terminere ammingen og gå over til morsmelkerstatning (mme). For noen kan dette være riktig, men for andre igjen er det ikke den beste løsningen. Disse kan ønske å fortsette ammingen selv om det er med store vanskeligheter, og trenger støtte og tett oppfølging i dette valget. Da kan det være vanskelig å si i mot helsepersonell som uttrykker “det blir folk av de som får mme også”, eller “mme er ikke giftig”. Det er ikke motstand mot mme som er problemet, det er heller et inderlig ønske om å mestre ammingen.

Et apropos til dette er at vi har mye erfaring med å hjelpe mødre som opplever seg gitt opp av fastlege og helsestasjonen. Ikke alle problemer er uløselige likevel.

Mistro til at kvinner med tidligere dårlig ammeerfaring kan lykkes senere

Mange kvinner tar kontakt med Ammehjelpen fordi de har tidligere dårlig ammeerfaring og ønsker å få det til denne gangen. Det er ikke uvanlig at de forteller å ha fått høre at “neste gang må du bare gå over til mme med en gang”, og forklaringene de blir gitt er f.eks at lite melk er genetisk (der også eldre kvinner i slekta har hatt utfordringer med amming), eller at hun har for lite næring i melka. Å bli møtt med slike utsagn hever terskelen for å ta kontakt med helsetjenesten med sin bekymring og ønske om hjelp.

Lite kunnskap om delamming

Noen få kvinner har lite brystvev, litt flere har ikke-patologisk lav lagringskapasitet i brystvevet. Disse kvinnene kan ha store vanskeligheter med å ernære barnet sitt med morsmelk alene. For disse kan delamming være et alternativ, og mange kvinner ønsker det. Imidlertid rådes de ofte av helsepersonell til å gi mme i mengder som tilsvarer full ernæring. Kvinnene som tar kontakt med Ammehjelpen har ikke fått råd om hvordan mme kan gis på en måte som optimaliserer morsmelkinntaket.

Medisinske spørsmål

En stor andel av henvendelsene til Ammehjelpen handler om problemstillinger av medisinsk art. Dette kan for eksempel være spørsmål om

- Medikamenter og amming
- Narkose/inngrep/undersøkelser og amming
- Smertefull amming hvor ikke-medisinske råd og tiltak ikke har hjulpet
- Vedvarende infeksjoner (sopp, mastitt, abscess)
- Mangelfull vekttoppgang hos barn der ikke-medisinske råd ikke har hjulpet

- Sprutgulp som bagatelliseres som “normalt” i primærhelsetjenesten, men som er pylorusstenose
- Stramt tungebånd og søker råd om hvor de skal henvende seg

En ammehjelper kan i utgangspunktet ikke gi medisinske råd - med mindre man er helsepersonell i tillegg til å være ammehjelper og opplyser om dette.

Men Ammehjelpen brukes ofte nærmest som en spesialisthelsetjeneste der mødre “henvises” til oss når kunnskapen hos helsesykepleier, lege eller jordmor kommer til kort. Det viser de tallrike henvendelsene fra mødres som forteller at de har blitt anbefalt å oppsøke Ammehjelpen, ofte som “en siste utvei”.

Vi får også en betydelig andel henvendelser fra helsesykepleiere og annet helsepersonell som ønsker råd på vegne av mødre de finner det vanskelig å hjelpe. Vi får også henvendelser fra mødre som er innlagt på barselavdelingen og som er blitt rådet av helsepersonell til å kontakte Ammehjelpen for å få hjelp med ammingen.

Som organisasjon er vi glade for at tilbudet vårt gjøres kjent for målgruppen. **Imidlertid er det ikke bærekraftig at en liten frivillig organisasjon skal håndtere henvendelser som hører hjemme i helsevesenet.**

I en masteroppgave fra i jordmorfag fra Oslo Met (Stette et al., 2021) oppgir 24% av førstegangs fødende at de ikke har behov for ammehjelp etter utskrivelse fra barsel. 31.5% tok kontakt med Ammehjelpen etter at de kom hjem. 92% av disse oppgir at de fikk hjelp. 14.5% tok kontakt med sykehuset hvor de fødte, og av disse opplevde 74% å få hjelp. 41.3% tok kontakt med helsestasjonen, og av disse opplevde 82% å få hjelp.

En større andel av de som kontaktet Ammehjelpen opplevde å få hjelp enn de som kontaktet sykehuset eller helsestasjonen. Dette bør være et tankekors.

En kommentator i Bergens Tidende reagerer også på et for dårlig tilbud om hjelp ved ammeproblemer:

”Ammehjelp er egentlig akutt helsehjelp. Eit barn kan ikke vente to veker på å få mat, og ei mor kan ikkje vente med å få mjølk ut av brystet. Det er ei fullstendig ansvarsfråskrivning at ein hjørnestein i norsk barselomsorg er ein frivillig organisasjon. Det er absurd at nybakte mødrer blir vist til frivillige, ufaglærte for å få ammehjelp når dei prøver å søke kontakt i det offentlege helsevesenet. Mest provoserande av alt er at norske myndigheiter samstundes hamrar inn at det å amme er det “absolutt beste” for både mor og barn. Det er sant. Helseeffektane av amming er godt dokumentert i forskning. Men viss dei verkeleg meiner dette, må styresmaktene gi den støtta som trengst for å kunne leve opp til forventninga.”
[\(Kommentar i BT\)](#)

Mange mødre som ikke får den hjelpen de trenger i den offentlige helsetjenesten oppsøker kostbar, privat hjelp. Private ammeveiledere spiller pr i dag en viktig rolle – for mødre som har ressurser til å finne fram til dem og som kan betale det det koster.

En IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) er en internasjonalt godkjent ammeveileder, og den høyeste ammeveilederutdanningen. Personer som innehar denne sertifiseringen har lang klinisk erfaring og et høyt teoretisk kunnskapsnivå. Det er 9 personer med denne tittelen i Norge. Det finnes ikke stillinger for dem i det offentlige helsevesenet. Er de ansatt i andre stillinger (som jordmor eller helsesykepleier), får de ikke økonomisk uttelling for denne kunnskapen og utdanningen. De har heller ikke mulighet for å jobbe så dedikert med amming som de ønsker. Mange av disse jobber derfor privat og fyller et kompetansehull innen spesialisert, avansert ammehjelp som den offentlige helsetjenesten burde tettet.

På sikt må målet være at denne typen spesialisert hjelp blir tilgjengelig for alle mødre gjennom den offentlige helsetjenesten. Om ammingen går bra eller ikke bør ikke handle om hvorvidt du har råd til å kjøpe privat hjelp eller ikke.

Hva må til?

Ammehjelpen mener at kompetansen om amming i primærhelsetjenesten må styrkes kraftig. Leger, jordmødre og helsesykepleiere må få langt bedre kompetanse om laktasjonsfysiologi, patologi knyttet til laktasjon, brystets anatomi, barnets symptomer på patologi knyttet til laktasjon og melkeoverføring, gjenkjenning av ineffektive dietak og kunnskap om de psykologiske/instinktive kreftene som driver ammingen. Det trengs kort sagt et profesjonsfaglig kunnskapsløft for å kunne gi mer helhetlig helsehjelp til mor og barn med ammeutfordringer. Alle helsestasjoner bør ha en tilknyttet IBCLC. Det må være et godt tverrfaglig samarbeid mellom fastlege, helsesykepleier, jordmor og IBCLC.

Legevaktene må bemannes med ammekyndig personell, som kan være tilgjengelig når helsestasjonene er stengt. Mange har lang reisevei til legevakt, og med baby er det mer utfordrende å komme seg dit for disse. Dersom et akutt oppstått ammeproblem kan løses pr telefon av kompetent ammeveileder, sparer man kvinnen for oppmøtekonsultasjon, og kanskje overbehandling.

Vi trenger også en spesialisthelsetjeneste for ammehelse, hvor ammeproblemer som ikke blir løst i primærhelsetjenesten kan henvises til tverrfaglige sentre på lokalsykehus. Lignende modeller finnes for eksempel for allergi- og overfølsomhet (kompetanse innen pediatri, hudsykdommer, indremedisin, lungemedisin, øre-nese-hals, arbeidsmedisin m.v) eller sårpoliklinikker (kompetanse innen hudsykdommer, plastikkirurgi, ortopedi m.v.).

Trenden i helse-Norge er at amme- eller barselpoliklinikker legges ned eller kun har et tilbud de to første ukene etter fødsel. Disse må heller rustes opp til å inneha kompetanse på kompliserte tilfeller, og bør eksempelvis ha tilknyttet spesialister (leger) innen pediatri, hudsykdommer, plastikkirurgi, øre-nese-hals og bryst- og endokrinkirurg, samt personell med høy kompetanse på amming. Dette bør være IBCLC.

Det må være mer ammeveiledning på pensum hos helsepersonell som skal jobbe med ammende, og påbud om jevnlig oppdatering av kunnskap. Det må sikres at stillinger som ammeveileder besettes av kvalifisert personell (IBCLC) og at helsepersonell som tar spesialisering som IBCLC får jobbe med amming.

Kvinner må ha rett på hjelp relatert til amming fra kvalifisert helsepersonell gjennom hele ammeperioden, uansett hvor lang tid det har gått siden fødsel. De må også få hjelp under graviditeten og etter at ammingen er avsluttet, for eksempel for å bearbeide traumer eller tidligere problemer relatert til amming.

Kvinner som av ulike grunner ikke vil eller kan amme fortjener den samme kunnskapsbaserte veiledningen omkring hvordan de skal mate barnet sitt som mødre som vil og kan amme.

Oppsummering

Ammehelse er kvinnehelse. Ammehelse er et neglisjert område. Oppfølgingen av ammende kvinner er mangelfull i det offentlige helsevesenet, eller i beste fall så fragmentert at den ikke hjelper. Kvinner overlates altfor ofte til frivillige ammehjelpere som blir stående i vanskelige posisjoner når en kvinne trenger medisinsk hjelp, men ikke får det. Det er vanskelig å være hjelper når den man hjelper ikke får hjelp der det burde vært hjelp å få. Å neglisjere ammehelse er å ikke ta kvinner på alvor.

Vi trenger en spesialisthelsetjeneste for ammehelse, hvor mor og barns utfordringer sees på som en helhet. I tillegg trengs en kraftig styrking av kunnskap og kompetanse om amming i primærhelsetjenesten. Det er ingen tvil om at amming er det beste for mor og barn. Helsevesenet må stille med nødvendig kompetanse for å hjelpe mødre som ønsker å amme, og for å kunne følge myndighetenes forskningsbaserte anbefalinger om amming. Ansvar for om dette går bra kan ikke legges på mor alene.

I Frivillighetsåret 2022 er det på tide å la Ammehjelpen gjøre det vi er best på: å gi mor-til-mor-støtte som et supplement til det offentlige helsetilbudet. Vi skal ikke være en erstatning for neglisjert ansvar.

Med vennlig hilsen

Biri 28.02.2022

Anne Sigstad
Daglig leder, Ammehjelpen



Camilla Amundsen
Styreleder i Ammehjelpen, leder i HO kommunal sektor, sykepleier og ammehjelper

Lillian Haugen
Ammehjelper og lege i spesialisering generell kirurgi

Magni Onsøyen
Ammehjelper og rådgiver digital sikkerhet Bane NOR

Cathrine J. Røsland
Ammehjelper og intensivsykepleier

Camilla Krogli Hansen
Ammehjelper og redaktør for ammehjelpen.no

Referanseliste:

- 1) Helsedirektoratet (2016, 11. oktober) *Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
- 2) Italianer, M. F., Naninck, E., Roelants, J. A., van der Horst, G., Reiss, I., Goudoever, J., Joosten, K., Chaves, I., & Vermeulen, M. J. (2020). Circadian Variation in Human Milk Composition, a Systematic Review. *Nutrients*, 12(8), 2328.
<https://doi.org/10.3390/nu12082328>
- 3) Xiao-hu Zhao, Zhi-hua Zhang, (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>
- 4) Folkehelseinstituttet (2020). *Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder*
<https://www.fhi.no/publ/2020/spedkost-3/>
- 5) Stette, A. H. H., Thorsteinsen, C, Henriksen, L. (2021). Covid-19: ammestart under en global pandemi. *Sykepleien Forskning* 2021;16(85747):e-85747
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.85747>