

IMPLEMENTERING

AMNING

- en trygg start



Komiteen for Sundhedsoplysning

Implementeringsrapport

- "Amning - en tryk start"

© Komiteen for Sundhedsoplysning, 2019

Komiteen for Sundhedsoplysning
Classensgade 71, 5. sal
DK-2100 København Ø
Sundhedsformidling.dk

Sprog
Dansk

Version
1. udgave, 2019

Udgivet af
Komitéen for Sundhedsoplysning 2019

Manuskript
Emilie Marqvorsen, sygeplejerske, stud.scient.san,

Redaktion
Komitéen for Sundhedsoplysning

Implementeringsrapport

- "Amning - en tryk start"

INDHOLD

1. INTRODUKTION	5
1.2 FORMÅL	6
2. METODER	6
2.1 DESIGN	6
2.2 SETTING	6
2.3 DELTAGERE	6
2.4 DATAINDSAMLING	7
2.5 ANALYSE	7
3. RESULTATER	7
3.1 MATERIALE	7
3.2 ANALYSE	7
3.2.1. BESLUTNINGSPROCESSER	8
3.2.2. VEJEN TIL SUCCES	13
3.2.3 RAMMER FOR IMPLEMENTERING	22
4. KONKLUSION	27
5. REFERENCER	29

1. Introduktion

I 2012-2016 gennemførte Kompetencecenter for Amning et ph.d.-projekt, der havde til formål at udvikle og effektevaluere et teori- og evidensbaseret ammevejledningsprogram, der sigtede efter at leve op til de nutidige rammer for indlæggelse efter en fødsel, hvor mødre udskrives efter få timer eller dage (1). I dag udskrives en tredjedel af alle mødre og deres børn inden for 12 timer efter fødslen.

Ammevejledningsprogrammet, kaldet Tryg Start, fokuserede på fire hovedbudskaber: 1) amning – en fælles opgave, 2) hud mod hud kontakt, 3) hyppig amning og 4) god placering af mor og barn. Programmet omfattede ligeledes en kommunikativ tilgang, baseret på Banduras teori om self-efficacy og en dialogisk vidensformidling. Der blev udviklet en manual til de sundhedsprofessionelle, der skulle arbejde med programmet, ligesom der blev udarbejdet en pjece og et postkort, der kunne udleveres til forældrene (1).

Programmet blev testet i en cluster randomiseret kontrolleret undersøgelse på 9 fødesteder i Danmark, hvor i alt 3541 mor/barn-par indgik. Undersøgelsen viste, at børn, hvis mødre var blevet vejledt i overensstemmelse med Tryg Start-programmet, havde højere odds for at blive ammet fuldt 6 måneder efter fødslen, samt at disse børn havde lavere odds for at blive genindlagt inden for den første uge efter fødslen på grund af ernæringsmæssige problemer, sammenlignet med børn, hvis mødre ikke havde modtaget vejledning efter Tryg Start-programmet.

Siden projektets afslutning har programmet været genstand for stor interesse fra størstedelen af landets 23 fødesteder, og i dag anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der bør vejledes efter principperne i Tryg Start.

Implementeringsprocesser har historisk set været langsommelige og fuld af udfordringer, og selv i dag kan det tage lang tid før forskningsresultater bliver fuldt implementeret i den daglige praksis. Det har derfor længe været et ønske for Kompetencecenter for Amning at få viden om, hvilke faktorer der har gjort implementeringen af Tryg Start-programmet til en succes.

1.2 Formål

På baggrund heraf har Kompetencecenter for Amning iværksat en undersøgelse med det formål at kunne dokumentere barrierer og facilitatorer med betydning for, om implementeringen af Tryg Start-programmet og de fire hovedbudskaber forløber godt.

Formålet med nærværende rapport er at samle den viden, der blev indhentet via undersøgelsen, for at denne kan anvendes fremadrettet til at vejlede og støtte op om afdelinger, der ønsker at implementere Tryg Start-programmet.

2. Metoder

2.1 Design

Undersøgelsen blev tilrettelagt som en kvalitativ interviewundersøgelse for at få indsigt i de erfaringer, som både personale og ledelse på udvalgte afdelinger har opnået under implementeringen af Tryg Start-programmet. Både personalet og de udvalgte afdelinger er anonymiseret i præsentationen af undersøgelsens resultater.

2.2 Setting

Interviewpersonerne blev rekrutteret fra to hospitaler, placeret i det vestlige Danmark, hvoraf det ene har status af universitetshospital. I 2017 blev der født henholdsvis 1900 og 3300 børn på de to hospitaler.

2.3 Deltagere

Interviewpersoner blev udvalgt på baggrund af en formålsrettet sampling strategi, hvor de inviterede deltagere var fra sygehusafdelinger, der deltog i den cluster randomiserede undersøgelse, samt fra sygehusafdelinger, der har implementeret programmet efter undersøgelsens afslutning. Der blev inviteret en afdelingsleder, en implementeringsansvarlig medarbejder samt en almen medarbejder fra hvert sygehus, med repræsentanter fra både jordemoder- og sygeplejefaget. I alt 6 personer blev inviteret til at deltage i undersøgelsen.

2.4 Dataindsamling

Der udførtes enkeltstående, semi-strukturerede, dybdegående interviews med afsæt i en interviewguide. Interviews blev afholdt på de respektive sygehuse, og optaget på diktafon med henblik på transskribering.

2.5 Analyse

De seks interviews blev transskriberet ordret. Hvert interview blev herefter læst igennem under afspilning af lydfilen for at skabe overblik. Herefter blev hvert interview gennemgået linjevis og kodet i computerprogrammet QRS International NVivo 12.

Det transskriberede datamateriale blev analyseret med baggrund i *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA), der beskæftiger sig med at udforske individuelt levede erfaringer og meningsdannelser om sociale og personlige oplevelser af særlig betydning (2). Efter den første kodning, blev der ledt efter mønstre inden for hvert interview, hvor koder blev koblet sammen i klynger. Herefter blev klyngerne for hvert enkelt interview gennemgået, idet der blev ledt efter mønstre på tværs af de seks interviews.

3. Resultater

3.1 Materiale

Fra hvert af de to hospitaler indgik tre interviewpersoner: en afdelingssygeplejerske, en implementeringsansvarlig jordemoder/sygeplejerske og en menig jordemoder/sygeplejerske. De interviewede var i alderen 32-60 år og havde været ansat i deres respektive afdelinger i 3,5-32 år.

3.2 Analyse

Igennem analyseprocessen blev der identificeret tre overordnede temaer, med i alt 10 tilhørende undertemaer. De tre overordnede temaer var: 1) Beslutningsprocesser, 2) Vejen til succes og 3) Rammer for implementering. Temaerne præsenteres med undertemaer i tabel 1.

Tabel 1

Overordnede temaer	Undertemaer
Beslutningsprocesser	Beslutningstagning Mening
Vejen til succes	Gammel vin på nye flasker Simplicitet Individualisering Ildsjæle Ledelsesopbakning Vedligeholdelse i hverdagen
Rammer for implementering	Materiale Undervisning

3.2.1. Beslutningsprocesser

Dette tema opstod på baggrund af deltagernes beskrivelser af, hvem der traf beslutningen om at implementere, og hvilken betydning det havde haft. I alle interviews var det tydeligt, at beslutningsprocessen og den eventuelle involvering af medarbejdere var essentielt for hele implementeringen.

3.2.1.1 Beslutningstagning

Kun den ene af de to interviewede afdelingssygeplejersker havde været ansat, dengang beslutningen om at implementere programmet blev truffet. Hun beskrev denne beslutningstagning som et resultat af flere faktorer:

"Jeg vidste, vi havde pengene. Og jeg vidste, [at] der var efterspørgsel på noget fælles, og at de [personalet] gerne ville noget om amning. Det savnede de simpelthen"

Afdelingssygeplejersken her beskrev, at det virkede oplagt for hende at træffe beslutningen om at implementere Tryk Start-programmet, idet amning er et stort område på afdelingen, og programmet virkede let at gå til. Samtidig beskrev hun, at der igennem længere tid havde været efterspørgsel fra personalegruppen på netop at få noget om amning. Flere af personalerne havde set artikler i fagbladet Sygeplejersken, og havde

bragt artiklerne ind på afdelingssygeplejerskens kontor for at spørge, om det var noget, de kunne overveje. Hun oplevede derfor, at der havde været bred enighed på afdelingen om at det var den vej, de skulle gå, når nu pengene var der, og hun pointerede, at det netop er en vigtig faktor, når man som leder skal beslutte at implementere nye tiltag:

”Når noget skal implementeres, så er det vigtigt, at flest mulige er med [...] så man får følgeskab”

En implementeringsansvarlig sygeplejerske lod til at være enig langt hen ad vejen. Hun beskrev, hvordan idéen om at implementere Tryg Start-programmet på hendes afdeling var kommet fra hende selv, og meget hurtigt var blevet accepteret af flere kollegaer, den nærmeste leder og oversygeplejersken:

”Det er mig, der har igangsat det. [Jeg] så en artikel i Sygeplejersken omkring de fire evidensbaserede ammeråd [...]. Så tænkte jeg 'det er da det, vi skal'. [...] Så jeg snakkede med min leder om det [...] og det synes hun lød spændende. [...] Og jeg snakkede selvfølgelig også lige med nogle kollegaer [...] og det var de med på. [...]. Så fik vi indkaldt til møde, og jeg fik snakket med dem [afdelings- og oversygeplejersken] og argumenteret. Og den var de med på.”

Omvendt lod det ikke til, at det var alle fra personalegruppen, der havde oplevet at være blevet inkluderet i beslutningen om at implementere projektet, som beskrevet af en jordemoder på afdelingen:

”Vi var ikke med til at tage den beslutning. Det har jeg i hvert fald ikke oplevelsen af.”

Hun beskrev dog, at mange af personalerne kendte til Tryg Start-programmet på forhånd, og derfor føltes det ikke som noget, der bare kom 'ind fra højre', uden at de havde hørt om det før. Netop dette faktum mente hun havde en stor betydning for, at implementeringen foreløbig var en succes. Personalet var mere positivt stemt over for beslutningen, selvom den kom fra ledelsen:

”Så der var mange, der var meget positivt stemt overfor at [...] nu kommer det som en mulighed for, at vi skal snakke om amning [...]. Så på den ene side tror jeg, man er heldig, at det var noget, vi gerne ville have og derfor var positivt stemt over for det, når der sådan

kommer en beslutning ovenfra. Men jeg tror da [...] at når det kommer sådan [ovenfra], så tager det lige lidt længere tid, før du tager imod det.”

Det lød altså som om, at der var blevet taget positivt imod projektet, selvom nogle oplevede det som primært en ledelsesbeslutning. Afgørende for, at beslutningen blev taget godt imod, var det faktum, at projektet beskæftigede sig med et emne, som mange personaler på afdelingen havde behov for at fordybe sig yderligere i. Det lød også som om, at afdelingssygeplejersken fra den anden afdeling var enig i denne betragtning, idet hun flere gange pointerede, at når det kommer til implementering af nye tiltag, gælder det om at have alt personalet med og ikke kun de nøglepersoner, der er udvalgt til at arbejde intensivt med implementeringen:

”Det er jo noget med involvering. Ikke kun af nøglepersonerne, men faktisk også dem, som er ude ved patienterne. [...] Det der med at blive hørt, set, mødt og involveret har jo rigtig stor betydning.”

Denne afdelingssygeplejerske havde ikke selv været beslutningstager mht. at indgå i Tryk Start-projektet, idet hun først var tiltrådt stillingen senere i forløbet. Hun gav dog udtryk for, at det generelt er ved implementering af projekter, at man skal have resten af personalet til at synes, at det er en god idé, selvom det måske i sidste ende er en ledelsesbeslutning.

Generelt virkede det som om, at man på denne afdeling havde været meget opmærksom på at få inkluderet personalet i processen. Den implementeringsansvarlige jordemoder fra denne afdeling mente, at den tidligere leder havde truffet beslutningen dengang om at deltage, fordi det var et omfattende tilbud, hvor man fik mulighed for at undervise hele afdelingen, og hun beskrev, hvordan chefjordemoderen dengang havde spurgt hende, om hun ville være med, efter at have været i dialog med Ingrid Nilsson. Også en sygeplejerske fra afdelingen kunne fortælle, at flere fra personalegruppen, der sad i et ammeteam, var blevet inkluderet tidligt i processen:

”altså det var jo ledelsen, Ingrid [Nilsson] havde skrevet med, i forhold til om vi ville være en del af det. Og så mindes jeg at ammeteamet også blev præsenteret for, om det kunne være en god idé”

Da projektet var overstået, skulle afdelingen træffe beslutning om, hvorvidt de ville fortsætte med at anvende programmet eller ej. Også i denne proces var personalet fra ammeteamet en stor del af forløbet. Hun beskrev det således:

"... hvor vi i ammeteamet [...] ligesom fik snakket om [...], nu har vi gjort det, vi egentlig skulle ifølge manualen, hvad er det så, vi vil videre frem?"

I forbindelse med denne proces, beskrev sygeplejersken, at det havde været en stor hjælp, at afdelingen løbende var blevet orienteret om, hvor undersøgelsen bar hen, og hvad resultaterne så ud til at pege på. Hun beskrev, at det havde gjort dem endnu mere 'tændt' på at fortsætte projektet, og at det også havde gjort det lettere for dem at argumentere over for ledelsen om, at programmet burde implementeres fuldt i afdelingen, efter at projektet var slut. På spørgsmålet om, hvorvidt de havde været nødt til at overbevise ledelsen om dette, svarede hun:

"Altså ikke sådan overbevise, overbevise. Jeg synes ikke at vi har skullet kæmpe for det, for de kunne godt se nytteværdien i det"

Begge steder virkede det som om, at selve beslutningen om at indgå i Tryg Start-projektet og/eller implementere programmet efterfølgende ikke krævede de store overvejelser fra ledelsens side.

3.2.1.2 Mening

Stort set alle interviews pegede på, at det var vigtigt for implementeringsprocessen, om projektet gav mening for alle parter. Når først ledelsen havde truffet beslutningen om at implementere programmet på afdelingen, var det vigtigt at kunne få resten af personalet til at se meningen med det. Det blev bl.a. beskrevet således:

"Det, der kommer ovenfra, det er noget af det sværeste at få implementeret, fordi personalet også skal kunne se en mening med det."

"Og så har jeg da også hele tiden tænkt [...] at hvis noget skal implementeres, så skal det ligesom give mening for andre."

"Hvis vi skal have alle i afdelingen med, jamen så skal vi varme op omkring det [og] tænke, at det skal give mening for andre"

En sygeplejerske beskrev, hvordan de i ammeteamet havde været ude at præsentere for resten af personalet, hvordan implementeringen af programmet skulle foregå. Her havde det været vigtigt for dem at få eventuelle modstandere med også, hvilket afdelingssygeplejersken var enig i. De beskrev det således:

”Også det der med at have skeptikerne med i den her arbejdsgruppe, der sidder og skal arbejde med det. For der er ingen tvivl om, at kan vi få de her skeptikere med, så er der bare større succesrate i den anden ende.”

”Altså man skal jo virkelig ud og have idéen solgt. Og så ved man jo godt, at der altid vil være nogen, der er modstandere, og nogen, der er for idéen, og der skal man jo prøve at få modstanderne med også.”

At få præsenteret idéen for resten af personalet foregik primært på personalemøder. På en afdeling havde den implementeringsansvarlige sygeplejerske lagt et stort arbejde i at få involveret personalet, inden implementeringen gik i gang:

”Vi præsenterede det inden, så vi havde ligesom snakket om det der med om man kan se det smarte i det [...]. Og jeg skal da ikke kunne sige, hvad andre har oplevet, men altså umiddelbart synes mange, at det lød spændende.”

”Og så snakkede man selvfølgelig om det og prøvede at spørge ’er det nogle gode idéer?’ ’hvordan kan vi gøre det?’. Dermed ikke sagt at jeg ikke havde en idé om, hvor vi skulle hen [...], men jeg synes, vi prøvede på det [at involvere personalet].”

Afdelingerne anså – i en eller anden udstrækning – ammevejledning som integreret del af deres kerneopgaver, hvorfor det i høj grad gav mening for både ledere og personaler at implementere et ammevejledningsprogram.

3.2.1.3 Delkonklusion

Selvom ansvaret for at træffe beslutningen om at implementere programmet i sidste ende lå hos ledelsen, gav både ledere og medarbejdere udtryk for, at det var vigtigt for processen, at lederne var lydhøre over for medarbejdernes behov og ønsker, så de på den måde kunne få medejerskab over processen.

Når først beslutningen om at implementere Tryg Start-projektet var truffet, var det vigtigt at få præsenteret projektet for resten af medarbejderne på en sådan måde, at de kunne se en mening med det. Hvis der var personaler i afdelingen, der var skeptiske over for, eller ligefrem modstandere af projektet, var det vigtigt at få disse aktivt involveret i processen.

3.2.2. Vejen til succes

Dette tema opstod på baggrund af deltagernes fortællinger om, hvad det var ved programmet, der havde gjort det muligt at implementere fuldt i afdelingerne, samt hvilke faktorer der skulle være til stede, for at implementeringen kunne lykkes. I flere interviews blev der peget på, at det i høj grad drejede sig om, at programmet ikke bød på revolutionerende ny viden, der skulle indlæres, at det var simpelt at anvende samt at det kunne anvendes til alle indlagte mor-barn-par. Det var også essentielt, at der var nogle dedikerede ildsjæle samt gode rammer for implementeringen, herunder, at der var fuld ledelsesopbakning.

3.2.2.1 Gammel vin på nye flasker

I de fleste interviews gik det igen, at den viden omkring etablering af amning, der lå i Tryg Start-programmet, var noget, man i en vis udstrækning havde kendt til tidligere:

”Halvdelen af mine medarbejdere har mange års erfaring i specialet [...] og nogle siger [at det var] gammel vin på nye flasker. Det var ikke alt, der var så nyt for dem.”

”Jeg tror, at jeg havde lidt skepsis først, for jeg tænkte [...] ’det er der jo ikke noget nyt i det her, det er jo bare alt det normale’. Men [...] der var nogle nye ting alligevel, og der var også noget, man fik genopfrisket.”

”Det var jo ikke nødvendigvis [kun] ny viden, der kom op. Men det var jo også et spørgsmål om at implementere nogle af de ting, som vi et eller andet sted godt vidste noget omkring.”

Netop det faktum, at det ikke var helt ny viden, så ud til at have haft en stor betydning for implementeringsprocessen. En sygeplejerske gjorde særlig opmærksom på, at det generelt er sværere at implementere tiltag, hvis man fuldstændig skal aflære sin gamle viden og integrere en ny viden i praksis. Derfor talte det til programmets fordel, at der var mange kendte elementer i det:

"Altså det er jo ikke fuldstændig transformativ læring, der skulle til her [...]. Der er ikke ret meget, der skulle aflæres. Der skulle måske omlæres lidt, ikke? Så det tror jeg også har stor betydning. Jeg har jo ikke [...] skulle sige 'se her, nu skal I lære amning på en helt ny måde'. [...]. Så på den måde har det jo ikke været en ny revolution, vi skulle have gang i."

Den samme sygeplejerske lagde også vægt på, at netop dette faktum var medvirkende til, at programmet havde succes blandt forældrene, der modtog vejledningen:

"Så sker der noget nyt som de fire H'er. Og som vi også snakkede med Ingrid [Nilsson] om dengang, så er det jo ikke, fordi der er noget nyt i det på den måde. Men konstellationen, at man sætter de her fire ammeråd sammen så komprimeret og så kalder dem de fire H'er, [det] gør dem meget spiselige for patienterne"

3.2.2.2 Simplicitet

Dette undertema opstod både som udtryk for, at programmet var simpelt at anvende for det personale, der skulle implementere og udføre det i dagligdagen, men også at det var simpelt for de forældre, der skulle modtage ammevejledning på afdelingerne. Simpliciteten gjorde for fleres vedkommende, at vejledningen blev struktureret på en anderledes måde, og at de derved kom til at spare tid i hverdagen:

"Det er på en eller anden måde noget, der gør, at jeg får mig selv hurtigere ud af den stue."

"Det har helt sikkert forsimplet vores hverdag på en god måde."

"Der var også en, der sagde, at hun synes, det er blevet mere konkret. [...] Altså det er på en eller anden måde nemmere at gå til ammevejledning for hende."

Flere påpegede, at enkelheden ved programmet gjorde, at deres vejledning til familierne blev optimeret, og de havde oplevelsen af, at det var lettere for familierne at tage den nødvendige information ind, bl.a. fordi mængden af information ikke var helt så overvældende, som den måske havde været tidligere:

"På en eller anden måde så synes jeg, at vi har optimeret den måde, vi informerer på."

”Det er så nemt at formidle, når man gør det simpelt. At forældrene ikke skal forholde sig til så meget. [...], det gør det også [...] nemmere som forældre at bruge det og tage det til sig.”

Omvendt kunne det også være en udfordring, at programmet var så simpelt. En sygeplejerske berettede fx om, at der havde været en overgangsperiode, hvor personalet på afdelingen skulle vænne sig til, at det var okay, at de i udgangspunktet ikke gav mere information til familierne, end det der lå i de fire hovedbudskaber. Det var også en periode, hvor de skulle minde hinanden om, at der jo også var et sikkerhedsnet under familierne i form af det kommunale tilbud om sundhedspleje, hvilket også var medvirkende til at forvise dem om, at familierne nok skulle få den hjælp, de havde behov for, hvis der opstod udfordringer undervejs:

”Udfordringen var egentlig, at der var overgange, hvor [...] man lige skulle blive dus med, at det er okay, at vi ikke fortæller mere, fordi man jo virkelig havde gået i mange år og syntes, at der var rigtig mange ting, man skulle fodre dem med.”

”... inden det her koncept, havde vi sådan lidt et repertoire så langt, som vi syntes de skulle have viden omkring [...], men hvor Ingrids koncept egentlig gjorde det bare lidt mere simpelt.”

Generelt var der dermed enighed om, at enkelheden ved programmet havde været en medvirkende årsag til, at det havde været forholdsvist nemt at implementere i hverdagen:

”Så jeg tror, enkelheden gør, at det er nemt at implementere.”

3.2.2.3 Individualisering

Et gennemgående undertema i de seks interviews omhandlede individualisering og tilpasning af programmet. Det så ud til, at programmet gjorde det mere oplagt for flere personaler at tage udgangspunkt i den enkelte familie og tilpasse vejledningen til deres individuelle situation:

”Selvom jeg synes, at jeg har prøvet at gøre det individuelt tidligere. Men jeg tror, jeg gør det endnu mere individuelt nu.”

”Og det der med, at det på en eller anden måde gav os lov til bare at tage udgangspunkt i den familie, man er overfor.”

Det betød fx også, at man var blevet mere opmærksom på, at man kunne lave individuelle tilpasninger til de familier, der af forskellige årsager fravælger amningen helt eller delvist. Man var blevet opmærksom på, at det ikke behøvede at være 'enten eller', men at hovedbudskaberne stadig var gældende, selvom barnet ikke blev ernæret fuldt ved brystet:

”... hvis de fravælger amningen, eller hvis de delvist vil amme [...] hvad betyder det så? [...] jamen hud mod hud er stadig vigtigt, selvom du flaske-ernærer dit barn [...]. At man stadigvæk husker det ind, så man ikke tænker, at så er alt det andet bare ligegyldigt [...]. Der synes jeg egentlig, det hjælper os rigtig meget til [at] vi ser nuancerne i det.”

”Selvom det ikke ender med fuld amning. [...], hvor jeg tænker, at det kan godt være, at barnet ikke bliver ammet otte gange, men det får mad otte gange, og der er de andre koncepter ligeså vigtige altså. Det gør vi meget ud af [...] at det ikke er enten eller.”

På trods af at man på begge afdelinger gav udtryk for, at man lavede små tilpasninger i hverdagen, afhængig af hvilken familie man stod over for, var det en gennemgående opfattelse, at man ikke som sådan havde ændret i programmet, men brugte det som det oprindeligt havde været tiltænkt:

”Altså vi har beholdt alle fire budskaber, som de er oprindeligt. Så der tænker jeg egentlig ikke, at vi har modificeret dem.”

”Så et eller andet sted tror jeg faktisk, vi primært bare har beholdt det, som det er.”

Det gav sig primært til udtryk ved, at man brugte de fire hovedbudskaber som et fundament for vejledningen – en slags målestok for, hvad familierne som minimum skulle have med sig af viden, og som man kunne bygge videre på, hvis der var særlige behov hos den enkelte familie. Selvom programmet altså ikke syntes at mangle noget, var det også tydeligt, at man – ud fra gældende vilkår på en barselsgang – sjældent kunne nøjes med at vejlede i hovedbudskaberne, men at det ofte var nødvendigt at bygge ovenpå som en tilpasning til hver enkelt families individuelle behov. I forlængelse heraf var det også

tydeligt, at personalet var opmærksomt på, at programmet var rettet imod raske, mature børn, men at det med visse finjusteringer kunne anvendes til mødre og børn, der havde udfordringer, som gjorde det vanskeligt at få amningen til at fungere.

”De her budskaber er jo til det raske, mature barn, og [...] når det så ikke viser sig sådan, [hvis] en kvinde kommer ind med mastit eller sådan noget, så er det jo nogle andre ting, der går i gang [...]. Men [...] jeg synes jo stadigvæk, at budskaberne giver god mening i forhold til at få amningen op at køre [...] lige meget hvordan fødslen har været, eller hvordan barnet [...] agerer [...], så er det stadigvæk de samme mekanismer, som vi skal have gang i.”

”Projektet [...] er jo mere mindet på det raske, mature [barn], [...], så det kræver noget finjustering, og [...] hvordan gør vi det så i den kontekst, hvor mor eller barn er syg. Det er jo ligesom essensen af det, [at] der bliver bygget rigtig meget ovenpå, når man er på et barselsafsnit, og det er noget, man skal tage højde for, tænker jeg, når man skal implementere det her.”

Selvom flere således gav udtryk for, at de tilpassede programmet til hver familie, var det helt gennemgående, at man ikke havde oplevelsen af, at der konsekvent manglede noget i programmet:

”Det er ikke sådan, jeg tænker, at der har manglet det femte budskab. For jeg synes, essensen er der i de der fire der, som så kan gradueres, alt efter hvor vi er henne, og hvilken familie det er.”

3.2.2.4 Ildsjæle

Et gennemgående undertema i flere interviews omhandlede nøglepersoner eller såkaldte ildsjæle, der blev brugt undervejs i implementeringen. Det blev anset som helt essentielt for implementeringens succes fra både leder- og medarbejdersiden, at man havde disse ildsjæle engageret i processen:

”Altså man får jo ikke noget til at lykkes, hvis ikke man har nogle ildsjæle.”

"Men det har i hvert fald været enormt vigtigt for os at have nogle frontløbere og nogle hvor vi vidste at vi mener det samme [og], vi siger det samme. Ud og afsted med det altså, for at det kan lykkes."

En sygeplejerske gjorde bl.a. opmærksom på, at afdelingens ammeteam (som hun selv var en del af) var blevet involveret i stor del af processen, og at de inden for teamet netop havde en stor interesse i at få den viden, der lå i programmet, bredt ud i afdelingen. Hun opfordrede derfor til, at man gjorde brug af sådanne teams på andre afdelinger:

"Er der et ammeteam, eller nogle steder, hvor man tænker, at de brænder ekstra meget for det, så er det bare med at få dem engageret."

3.2.2.5 Ledelsesopbakning

På begge afdelinger var det helt tydeligt, at implementeringen ikke havde kunnet lykkes, hvis ikke der havde været fuld ledelsesopbakning hele vejen igennem. Dette faktum var både ledere og medarbejdere enige om:

"Det kræver, at der er fuld ledelsesopbakning, for ellers kan det ikke lykkes."

"I og med at vi stadigvæk arbejder ud fra principperne og har taget det til os, det er jo fordi, at man har givet projektet den støtte og opbakning fra den ledelsesmæssige side.

Det har gjort, at det har været forholdsvist nemt at implementere."

En væsentlig del af denne ledelsesopbakning bestod i, at man på begge afdelinger havde truffet en beslutning om, at flest mulige medarbejdere skulle deltage i den undervisning og opfølgning, der fulgte med implementeringen af programmet:

"Jeg kan da mindes, at der skulle sættes en hel del ressourcer af, for at alle kunne få undervisning eksempelvis [...], hvor de [ledelsen] var sådan lidt 'nej, nu har vi sagt A, så siger vi altså også B' [...], og der var ingen slinger i valsen, alle skulle med."

"Vi havde stort fremmøde fra vores afdeling, for det prioriterede jeg i planlægningen og normtiden, at flest muligt kom med."

Denne prioritering var vigtig, idet man på denne måde fik en fælles forståelse af projektet og dermed bedre kunne løfte ansvaret for implementeringen i fællesskab:

"Bare den simple ting [...] at alle fik den samme undervisning, og at alle på tværs af vores afdelinger var sammen, gav os noget i processen."

En sygeplejerske og en jordemoder fortalte, at deres afdeling havde haft et samarbejde med fødegangen på hospitalet, hvor man var blevet enige om at implementere programmet på begge afdelinger, så familierne mødte den samme vejledning. En af de helt store forskelle på de to afdelinger var, at man på interviewpersonernes afdeling havde valgt at sende så mange personaler afsted som muligt, mens man på fødegangen havde udvalgt en gruppe, der blev sendt til undervisning og som efterfølgende skulle tilbage og udbrede den nye viden i afdelingen:

"Vi var der alle sammen oppe i vores afdeling, og de var nogle stykker [fra fødegangen], som så skulle [...] lære [...] resten af de ansatte om det."

"Så havde vi temadag med Ingrid Nilsson, [...], der var ikke så mange der deltog desværre [fra fødegangen]. Og så var vi alle dem, der overhovedet kunne fra vores afdeling. Og der blev virkelig investeret i, at alle skulle med."

På spørgsmålet om, hvorvidt dette valg havde betydning for implementeringsprocessen, var svarene:

"De synes det går godt dernede [på fødegangen], [...] men, ja, nu spørger du mig [...]. Jeg tror, det har betydning, ja."

"Ja, det tænker jeg har meget at sige."

På den ene afdeling havde man prioriteret, at ledelsen også deltog i den undervisning, der fulgte med programmet. Det syntes væsentligt på den måde at signalere, at implementeringen var et fælles anliggende:

"Det der med at have den temadag, det var mig virkelig magtpåliggende. Og også at [...] vores leder, og flest muligt generelt, kunne komme med. Det er også et signal at sende, at det her, det er noget for os alle sammen. Og så fik vi nogen, der har været ansat her til at komme over og passe afdelingen, mens vi var til temadag."

”Jeg tænker, at det er selvfølgelig vigtigt [...], at der er ledelsesopbakning. Altså anden gang vi havde temadagen, der var oversygeplejersken også med, og [...] den ledende jordemoder var også med nede fra [fødegangen].”

”Så havde vi temadag, hvor vi alle var med. Og det er også et godt signal at sende, at det virkelig bliver prioriteret.”

En anden væsentlig faktor ved ledelsesopbakningen var, at der blev givet den fornødne tid til, at nøglepersoner kunne arbejde aktivt med implementeringen, og det blev flere gange pointeret, at sådan en implementeringsproces ikke var noget, man kunne komme sovende til:

”Jeg sørger jo for ligesom at skabe rammerne, og sørger for den administrative tid, som de har brug for.”

”Man skal bare være realistisk omkring det. At de personer, der skal [arbejde med det] får den fornødne tid [...]. At det bliver respekteret, at det ikke er noget, man gør på en eftermiddag.”

Udover den fornødne tid kræver det også struktur og planlægning at få implementeringen til at lykkes – det blev understreget af en implementeringsansvarlig sygeplejerske:

”Det kræver struktur. Og det kræver milepæle. [...] altså, det ville ikke være gået så godt, hvis jeg ikke havde lavet sådan en procesplan for det. Det tror jeg roligt, jeg kan sige.”

3.2.2.6 Vedligeholdelse i hverdagen

På begge afdelinger var det tydeligt, at man arbejdede aktivt med programmet i hverdagen og sørgede for at italesætte det jævnlige, hvilket blev anset som vigtigt for at vedligeholde implementeringen:

”Vi har sådan et klokken elleve-møde, hvor vi laver time out og [...] der kan vi lave noget faglig sparring.”

”Den måde vi arbejder med det på efterfølgende, det er, at vi [...] med jævne mellemrum har de fire H'er på [torsdagsmøde] for ligesom at italesætte det og spørge ind til 'hvad er

erfaringerne, hvordan bliver det brugt?’ og det er også nogle gange oppe at vende i personalerummet.”

”Vi er nødt til at arbejde aktivt for at det bliver ved med at være en del af vores arbejdsgang.”

Flere omtalte også anvendelsen af faglig sparring i det daglige for at fastholde implementeringen. Her var der lidt forskel på, om man gjorde meget brug af faglig sparring med hinanden eller ej:

”Jeg synes, der er et stort flot samarbejde omkring amning generelt i afdelingen. Og det er alt, hvad vi gør, det er med afsæt i de fire H’er. Det er repeteret.”

”Det er ikke noget, vi gør rigtig meget. Jeg gjorde det meget som nyansat her [...]. Der tog jeg meget mine kollegaer med ind til at hjælpe, hvis jeg synes, der var noget, der drillede”

På en afdeling havde man haft stor gavn af bedside-undervisning undervejs i forløbet som en del af den faglige sparring, mens man på den anden afdeling ikke havde haft den store succes med denne tilgang:

”Vi gjorde nemlig rigtig meget det der med bedside-undervisning. Altså at vi gik med hinanden ind.”

”I det hele taget havde vi også bedside-undervisning. [...]. Jeg havde jo gået meget efter [...], hvad litteraturen siger i forhold til, hvordan man skal implementere, og hvad der er rigtig godt i forhold til kompetenceudvikling. Og der havde jeg også noget med selvfølgelig [...] om bedside-undervisning. Men vi fik ikke det ud af det, som vi troede.”

På spørgsmålet om, hvad det mon var ved denne bedside-undervisning, der ikke havde fungeret for personalet på denne afdeling, svarede sygeplejersken:

”Jeg ved det ikke [...]. Det kan måske være grænseoverskridende at have nogle med. [...] Der kan jo ikke være tilstrækkeligt behov for det, eller man er lidt genert. Jeg ved det simpelthen ikke.”

3.2.2.7 Delkonklusion

Tryg Start-programmet indebar ikke revolutionerende ny viden inden for ammevejledning. Denne kendsgerning var i høj grad medvirkende til, at implementeringen forløb godt, idet personalet ikke skulle aflære deres eksisterende viden om amning, men blot strukturere deres vejledning anderledes. Ydermere var programmet simpelt at anvende for personalet, hvilket bidrog til, at man oplevede at spare tid i hverdagen, omend det kunne kræve en vis tilvænning, at der ikke længere var et stort repertoire af viden, man skulle nå at videregive til alle familier. Desuden oplevede man, at simpliciteten gjorde informationerne lettere at håndtere for de familier, der modtog vejledningen.

Programmet gjorde det desuden mere oplagt for personalet at tilpasse ammevejledningen til hver enkelt families særlige situation. Hovedbudskaberne kom herved til at fungere som et fundament, der kunne bygges ovenpå, afhængigt af de behov, der var til stede hos familierne.

Helt essentielt for implementeringen var også de nøglepersoner eller ildsjæle, der arbejdede meget aktivt med implementeringen undervejs, ligesom det var afgørende, at der var stor ledelsesopbakning. Det betød, at man fra ledelsens side måtte være klar over, at implementeringen kostede ressourcer, og at det var en langvarig proces, der krævede fortsat opbakning.

For at holde implementeringen ved lige i hverdagen blev det anset som vigtigt, at man tog sig tid til at diskutere emner på fx personalemøder, og at der var en god kultur i afdelingen for faglig sparring.

3.2.3 Rammer for implementering

Temaet om rammer for implementeringen opstod på baggrund af interviewpersonernes evaluering af den tilbudte undervisning, opfølgning og det materiale, der var havde været tilgængeligt for afdelingerne i forbindelse med implementeringen.

3.2.3.1 Undervisning

De to afdelinger havde forskelligt udgangspunkt for implementeringen med hensyn til mængden af undervisning. På den afdeling, hvor man havde været med i det oprindelige Tryg Start-projekt, havde man et to-dagskursus, hvor den første dag havde udgangspunkt i

en evidensbaseret vinkel, mens den anden dag havde udgangspunkt i en sundhedspædagogisk vinkel. På den anden afdeling, hvor man først havde implementeret programmet, *efter* det oprindelige projekt sluttede, havde man én temadag med udgangspunkt i det evidensbaserede grundlag for programmet og efterfølgende en halv opfølgingsdag, hvor man blev introduceret til det sundhedspædagogiske aspekt. De interviewede, der havde deltaget i denne undervisning og opfølgning gav alle udtryk for, at den havde været tilfredsstillende:

"Jeg synes, at det var rigtig godt."

"Jeg synes egentlig, at det fungerede rigtig godt. Og det var egentlig også en vigtig del af det, at det var tværfagligt [...]. Og jeg synes da kun, at vi fik et tættere samarbejde også, for nu var der faktisk en fælles sag på en eller anden måde."

På spørgsmålet om, hvorvidt man kunne have brug for yderligere undervisning eller opfølgning, var der delte meninger. De interviewede ledere gav tydeligt udtryk for, at der ikke var behov for yderligere opfølgning:

"Det synes jeg faktisk ikke, jeg har hørt, at de efterspørger,"

"Min konkrete vurdering er, at ja, det er nok med den dag og den opfølgning."

En jordemoder gav først udtryk for, at det havde været tilstrækkeligt med det, de havde fået indtil videre, men lod alligevel til at mene, at yderligere opfølgning kunne være en god idé:

"Jeg havde en følelse af, at det var nok, det jeg fik. Og så det her med at der endda også har været en opfølgingsdag [...]. Men det kan da godt være, at det ville være godt med noget hjælp udefra. Jeg tror simpelthen, du bliver nødt til sådan vedvarende at minde os om, hvorfor det nu er, at det er så godt."

En implementeringsansvarlig sygeplejerske gav udtryk for, at det havde været en rigtig god model at have noget undervisning først og arbejde med programmet en rum tid, inden der var opfølgning, og hun gav også udtryk for, at det kunne være godt med yderligere opfølgning:

"Det er ligesom om, at det var fint med sådan en temadag og så arbejdede vi ligesom med det. Og så kommer man tilbage til det, og 'hvor har vi børnesygdommene?'. Også fordi det er svært. [...]. Det ville da være et ønskescenarie at sige, så måske om et år igen. Så kan det være, der kommer andre ting til igen ikke også?"

En anden sygeplejerske mente som udgangspunkt ikke, at hendes afdeling havde behov for yderligere opfølgning, men gav dog udtryk for, at det alligevel kunne være rart med input fra andre:

"Altså jeg tænker egentlig ikke, at vi sådan står i stampe i det [...]. Men dermed ikke sagt, at det ikke kunne være givende. For det kan jo være, at der er nogen, der gør noget andet eller har nogle andre vinkler på det, som vi egentlig godt kunne have gavn af."

Denne sygeplejerske foreslog, at opfølgning fx kunne ske i form af nogle grupper, hvor afdelinger, der er i gang med at implementere, kunne få noget sparring med klinikere fra afdelinger, der allerede har programmet integreret i hverdagen:

"Jeg tænker egentlig, at det kunne være meget nyttigt. Om ikke andet så lave nogle grupper eller sådan noget. Altså, der kunne Kompetencecenteret, forestiller jeg mig, jo sagtens være dem, der ligesom 'installerer' det på en eller anden måde, og måske headhunter nogle klinikere rundt omkring i landet, som de ved [...] har hånd i hanke med [det] og så kæder noget sammen."

"Det man godt kunne have manglet dengang, det var det der med, at man var meget alene om at tænke 'hvordan får vi det implementeret, og hvordan kommer vi videre i det', og der var der jo ikke rigtig nogen at hente hjælp af. Så jeg tænker, at nu hvor der er nogle nye steder, så synes jeg da, at det kunne være fedt at give dem en hjælpende hånd."

Denne tanke blev bakket op af en implementeringsansvarlig sygeplejerske fra det andet sygehus, der netop havde haft kontakt med afdelingen for at få sparring til implementeringsprocessen:

"Jeg tog jo på studietur i [afdelingen] for hvis vi nu kunne undgå nogle 'børnesygdomme' her i afdelingen ved ligesom at høre, hvad deres erfaringer er [derovre]. Det var super godt."

Denne sygeplejerske lagde også vægt på at samarbejde imellem afdelinger lokalt på samme sygehus var en vigtig del af processen:

"Bare sådan i det lokale. At man har et tæt samarbejde [...], så man ligesom trækker samme vej. Og det der med, at hvis der er noget, så kan man hurtigt få snakket om det [...]. Det er vigtigt [...] at have nogle gode samarbejdspartnere."

3.2.3.2 Materialer

Der var helt tydeligt forskel i brugen af materialer på de to afdelinger. På den afdeling, der havde været en del af Tryk Start-projektet helt fra start, havde man fået udleveret en manual med tilhørende drejebog for programmet rettet mod de sundhedsprofessionelle. Desuden havde man fået pjecen "Amning – en tryk start" og et postkort med de fire hovedbudskaber til familierne. Her var materialerne, specielt pjecen, blevet en integreret del af hverdagen, hvor man brugte den aktivt i vejledningen og havde valgt at erstatte tidligere pjecer med den nye pjece om Tryk Start-programmet:

"Vi kører stadigvæk videre med den samme pjece, altså 'Amning – en tryk start' frem for 'Kort og godt om amning', som vi havde før."

"Det virker godt at have det, og [...] forældrene får stadigvæk udleveret 'Amning – en tryk start', så de har den i deres mappe. De får sådan en mappe fra regionen, med 'tillykke og velkommen til', og der ligger den i."

På denne afdeling havde man valgt at indkøbe Sundhedsstyrelsens håndbog om amning til alle medarbejdere, da projektet sluttede, idet man havde haft udfordringer med at rekvirere manualen til nye medarbejdere:

"Altså det, vi snakkede om, dengang det var slut, det var det der med om kompendiet skulle være en del af det, man fik som nyansat i afdelingen? Men der var det bare rigtig svært at få lov til at få det kompendium, fordi det var øremærket til projektet, men hvor vi så havde valgt, at nu får alle udleveret [hånd]bogen i stedet for."

"Alle nye medarbejdere, det er faktisk noget vi har besluttet i 2018, de får udleveret håndbogen omkring amning."

På den anden afdeling, der først havde implementeret programmet senere, havde man fra ledelsens side valgt ikke at prioritere hverken pjecen eller postkortet, hvilket personalet oplevede som en mangel:

”Vi kunne ikke få lov til at få hele pakken i forhold til de penge, der skulle bruges til det, postkort og så udlevere pjecen. Ærgerligt nok.”

Til gengæld havde de fået lavet plakater i stil med postkortet, hvor de fire hovedbudskaber stod på. Disse plakater hang rundt omkring på hele afdelingen, så både personale og indlagte familier kunne se dem, og der var planer om, at de skulle opdateres, så de passede bedre til den måde, afdelingen formidler de fire hovedbudskaber på:

”Vi henviser meget til den her lille plakat, vi har hængende inde på stuen, som vi skal have opgraderet, fordi den ikke er helt optimal lige nu.”

”Lige nu arbejder vi på, at folk savner et billede, der svarer til det, vi kalder de fire H'er. Den Ingrid har [...] er en mere kompleks tekst i forhold til det, vi kører med [...]. Så [...] nu har vi fået bevilliget nogle penge, så en lokal kunstner [...] skal lave sådan en litografi [...] med teksten, og så skal vi have postkort, der passer til.”

På denne afdeling havde man ikke haft udfordringer med at indkøbe tilstrækkeligt med manualer, og de var derfor blevet en del af introduktionen til nye medarbejdere:

”Vi har jo købt x antal manualer. Det er en del af når jeg skal [ansætte nye]. Så ligger manualen sammen med andre ting parat til vedkommende.”

3.2.3.3 Delkonklusion

Generelt var der enighed om, at mængden af undervisning og opfølgning i udgangspunktet havde været tilfredsstillende, og at det var nok til at komme i gang med en god implementeringsproces. På begge afdelinger blev der dog givet udtryk for, at det kunne være gavnligt at lave noget yderligere opfølgning/sparring med andre afdelinger, der har implementeret Tryk Start.

Der var også bred enighed om, på tværs af de to afdelinger, at de tilgængelige materialer fungerede godt, omend man på den ene afdeling ærgrede sig over, at der ikke var blevet indkøbt postkort og pjecer, som kunne udleveres til familierne.

4. Konklusion

På baggrund af interviewundersøgelsen er der kommet ny viden frem om facilitatorer og barrierer, der relaterer sig til implementeringsprocesser omkring ammevejledningsprogrammet Tryg Start. Igennem analysen af de seks interviews dannedes tre overordnede temaer: Beslutningsprocesser, Vejen til succes og Rammer for implementering. Disse dannede rammen om i alt 10 undertemaer, der ifølge interviewpersonerne var helt essentielle, for at implementeringsprocessen forløb godt.

Det var helt tydeligt, at afdelinger med fordel kan inddrage personalet i processen allerede helt fra start, så de ikke oplever, at beslutningen om at implementere programmet bliver trukket ned over dem, men snarere at de oplever at få ejerskab over processen. Det blev især fremhævet, at det var hensigtsmæssigt at involvere eventuelle skeptikere i processen, ligesom det var en stor fordel at have ildsjæle, der kunne arbejde engageret og målrettet undervejs i forløbet. Det var ligeledes vigtigt, at personalet kunne se meningen med at implementere programmet. Det tyder altså på, at afdelinger med fordel kan diskutere behovet indbyrdes, samt diskutere, hvad programmet kan tænkes at føre med sig.

Den simple udformning af programmet lod til at være helt grundlæggende for programmets succes og bidrog på begge afdelinger til, at man fik struktureret ammevejledningen anderledes, så der blev mere plads til at tage udgangspunkt i den enkelte familie. Denne strukturering og individualisering bidrog også til, at man oplevede, at arbejdsgangen blev lettet, og at man derved kunne udnytte tiden fuldt ud.

På begge afdelinger oplevede man, at det havde været vigtigt for processen, at programmet ikke krævede, at personalet skulle aflære deres eksisterende viden om amning, men blot at de skulle omstrukturere deres måde at viderebringe denne viden til familierne på. Denne omstrukturering tog tid, og det lod til at være vigtigt, at man havde gjort sig klart, at processen ikke var overstået på kort tid, men nærmere var en kontinuerlig proces, der skulle holdes ved lige og italesættes i hverdagen. Bl.a. af denne årsag var det vigtigt, at ledelsen på afdelingerne gav fuld opbakning til projektet, og var indforstået med, at det koster både tid og ressourcer at få en god implementeringsproces. Det indebar bl.a., at man prioriterede at sende alle personaler af sted til undervisning og opfølgende møder,

så alle fik samme forudsætninger for at kunne indgå aktivt i implementeringen. Det indebærer desuden, at man fra ledelsens side investerede i de tilgængelige materialer.

5. Referencer

1. Nilsson IMS. Less is more. Early discharge following birth – How do we support mothers to effective breastfeeding? Aarhus University, Denmark; 2016.
2. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis. 1st ed. SAGE Publications Inc.