

# Kunnskapsbasert praksis og ammeveiledning på Frogner helsestasjon

Det finnes klare føringer for at ammeveiledningen skal gis i nøye samspill med mor og barn og det skal legges vekt på trivsel hos mor og barn.



Av Ingjerd Hvatum, helsesøster, klinisk spesialist, mster i klinisk sykepleie, Frogner helsestasjon

**K**ravet til kunnskapsbasert praksis (KBP) er uttalt. Våre retningslinjer oppfordrer oss til i større grad å benytte forskningsresultater som en integrert del av praksis for å gi brukerne riktig og god sykepleie (1, 2). Vi vil i denne artikkelen redegjøre for KBP, og dernest beskrive hvordan Frogner helsestasjon har benyttet KBP som metode relatert til ammeveiledning. Frogner helsestasjon ble godkjent ammekyndig helsestasjon i 2009 og har etter dette jobbet systematisk med ammeveiledning som er et vektlagt tiltak i folkehelsearbeidet. Opplæringen har vært preget av en løsningsfokusert tilnærming til ammeproblemer og noe har vært knyttet til teknikk. Nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid» omtaler ny forskning som har beskrevet ammeproblemer som påvirker trivsel og velvære for mor og barn (3). Det presiseres i retningslinjene at helsepersonell må vise faglig skjønn i veiledningen av den enkelte for å ta hensyn til individuelle behov. Med dette som utgangspunkt har vi reflektert over vår praksis etter en KBP modell.



Av Kari Glavin, helsesøster, PhD, i armanuensis Høyskolen Diakonova

## Kunnskapsbasert praksis

Å arbeide kunnskapsbasert betyr at helsesøster bevisst bruker ulike kunnskapskilder i praksis (1). De ulike kunnskapskildene kan beskrives ved hjelp av figur 1.

Modellen for kunnskapsbasert praksis illustrerer at forskningsbasert kunnskap bør integreres med erfaringskunnskap, pasientkunnskap og kontekst før den kan settes ut i praksis. Vi vil her gi en kort beskrivelse av de ulike kunnskapskilder. For mer

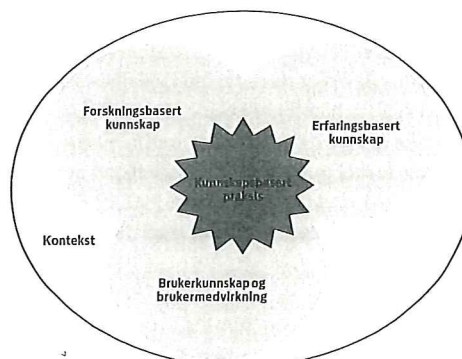
omfattende beskrivelse anbefales det å lese arbeidsboken; «Jobb kunnskapsbasert»(1).

## Forskningsbasert kunnskap

Forskning er en kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap. Det skilles ofte mellom grunnforskning og anvendt forskning. Hovedskillet går ved formålet: Anvendt forskning er rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser, mens grunnforskningen observerer fenomener eller fakta uten sikte på spesiell bruk. Kunnskap fra forskning kan for eksempel forklare fenomener og årsaksforhold eller gi økt forståelse for enkeltpersoners opplevelser og erfaringer (1, 4). Problemstillingen avgjør hvilken forskningsmetode som skal benyttes. Dermed er både kvalitativ og kvantitativ forskning gjensidig relevant (5).

## Erfaringsbasert kunnskap

Erfaringsbasert kunnskap eller praksiskunnskap er



FIGUR 1: Modell for kunnskapsbasert praksis (1).

en hjørnestein i syke-  
nom å praktisere sy-  
«utvikles gjennom:  
lærer fra erfaring» (1)  
sykepleieren kan fi-  
basert kunnskap i l-  
individuelle bruker

**Brukerkunnskap**  
Det har skjedd en d-  
Utviklingen har gå-  
ninger på vegne a-  
deltar aktivt i valg-  
utviklingen er i tr-  
Dette stiller krav t-  
viduelle behov, til i-  
informasjon til bru-

## Kontekst

Med kontekst men-  
der kunnskapsbase-  
Kontekst er knyttet  
surser, etiske forho-  
erfaringsbaserte ku-  
tisert og av hva slag-  
Slike forhold påvir-  
vi formulerer (1).

## Å arbeide kunnskapsbasert

Kunnskapsbasert i-  
tene i modellen (fi-  
med individuelle br-  
kunnskapsbasert i-  
sammen med sin-  
ferdigheter og bru-  
viktig å vurdere ko-  
betyr at den samm-  
kan føre til ulike l-  
tross for at oppsun-  
er gunstig, kan pr-  
får gjentatte brystb-  
veiledning i ulike k-  
mor avlastning, får i-  
mor lite plager) og i-  
India, England). D-  
fra familie til fami-  
syntetisere forsknir-  
i den gitte situasjor-  
seskompetanse. He-  
for KBP sammen. I-  
kreves skjønn ved b-

en hjørnestein i sykepleie. Slik kunnskap erverves gjennom å praktisere sykepleiefaget. Det er kunnskap som «utvikles gjennom refleksive prosesser der praktikere lærer fra erfaring» (6). Klinisk ekspertise forutsetter at sykepleieren kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av sin erfaring i møte med den individuelle bruker (1).

#### Brukerkunnskap

Det har skjedd en demokratisering av helsetjenesten. Utviklingen har gått fra at helsepersonell tar beslutninger på vegne av pasienten til at pasienten selv deltar aktivt i valg som gjelder egen helse. Denne utviklingen er i tråd med definisjonen av KBP (1). Dette stiller krav til oss, til vår evne til å møte individuelle behov, til å holde oss oppdatert og formidle informasjon til brukerne av tjenesten.

#### Kontekst

Med kontekst menes det miljøet eller den settingen der kunnskapsbasert praksis skal settes ut i livet (7). Kontekst er knyttet til kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold, politikk og prioriteringer. Vår erfaringsbaserte kunnskap farges av hvor vi praktiserer og av hva slags pasienter og kollegaer vi har hatt. Slike forhold påvirker også hvilke forskningsspørsmål vi formulerer (1).

#### Å arbeide kunnskapsbasert

Kunnskapsbasert praksis innebærer å sette elementene i modellen (figur 2) sammen i praksis, i møter med individuelle brukere. En helsesøster som arbeider kunnskapsbasert integrerer kunnskap fra forskning sammen med sin erfaringsbaserte kunnskap, sine ferdigheter og brukernes ønsker. Likeledes er det viktig å vurdere konteksten det foregår innenfor. Det betyr at den samme forskningsbaserte kunnskapen kan føre til ulike beslutninger i ulike settinger. Til tross for at oppsummert forskning viser at amming er gunstig, kan praksis likevel variere. En mor som får gjentatte brystbetennelser vil sannsynligvis få ulik veiledning i ulike kontekster (får barnet nok melk, har mor avlastning, får mer redusert omsorgskapasitet, har mer lite plager) og i ulike kulturer (for eksempel Norge, India, England). Den beste beslutningen vil variere fra familie til familie og fra kontekst til kontekst. Å syntetisere forskning, erfaring og brukermedvirkning i den gitte situasjonen (konteksten) krever anvendelseskompetanse. Helsesøster må kunne sette modellen for KBP sammen. Dynamikken i konseptet er at det kreves skjønn ved bruk av de ulike kunnskapskildene.



AMMING: I enkelte tilfeller har ammeproblemer ført til for eksempel manglende glede i morsrollen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Derfor gir heller ikke kunnskapsbasert praksis noen «kokebok» oppskrift for vår veiledning. Kunnskapsbasert praksis blir mer og mer sett på som et alternativ til autorisert styrt praksis, fordi disse metodene kan støtte oss som helsesøstre og hjelpe brukerne i å ta velinformerte valg (1).

KBP er organisert trinnsvis, slik figur 2 illustrerer.

Før litteratursøk skal man starte med en refleksjon over egen praksis og formulerer en problemstilling. Deretter vurderes forskningen kritisk før man anvender denne i praksis. Endringen skal evalueres.

For å ta i bruk forskning:

- God tilgang til forskningslitteratur
  - Økt kunnskap i å forstå forskning
  - Ledelsesforankring og kollegial støtte
  - Oppmuntring til å anvende forskning i praksis
- Ferdigheter i litteratursøk og kritisk vurdering er viktig. Det understrekes imidlertid at tiltak bør tilpasses lokale utfordringer og at teorier om atferdsendring og implementeringskunnskap kan skreddersy tiltak (8, 9). Det er også avgjørende at KBP er ledelsesforankret. En systematisk oversikt viste at kompetanse

let å lese arbeids-

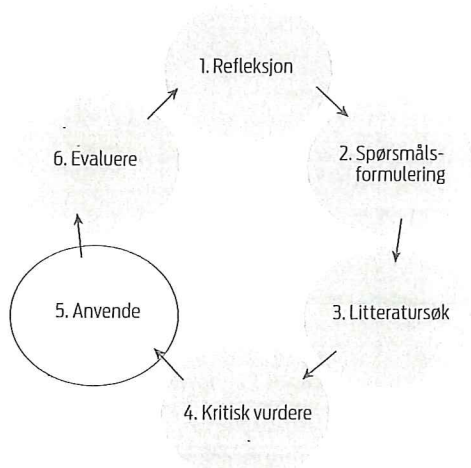
om utføres sys-  
i. Det skilles ofte  
forskning. Hoved-  
forskning er rettet  
anvendelser, mens  
mener eller fakta  
tap fra forskning  
og årsaksforhold  
ners opplevelser  
en ( )r hvilken  
. Dermed er både  
siktig relevant (5).

ksiskunnskap er

faringsbasert  
kunnskap

(1).





FIGUR 2: Trinnene i kunnskapsbasert praksis (1)

er viktig; sykepleiere som deltok på konferanser og hadde master brukte mer forskning i praksis (10).

**Hinder for å ta i bruk forskning:**

Det har vist seg at det ofte oppstår barrierer når kunnskap skal overføres til praksis. Barrierene kan være selve forskningen, egenskaper ved helsearbeideren, organisasjonen eller profesjonen. Disse hindringene er vist ved hjelp av følgende tabell. (Se tabell 1.)

Når KBP skal tas i bruk er det viktig å være klar over hindringer, for å tilrettelegge for best mulig gjennomføring.

**KBP i praksis**

**1. Refleksjon**

Etter Frogner helsestasjon ble godkjent som ammekyndig har vi hatt årlige tema på fagmøter hvor vi har reflektert over ulike problemstillinger vedrørende amming. Helsesøstre og jordmødre har tilegnet seg solid kompetanse og har sett at deres kunnskap har bidratt til å hjelpe mødre i forhold til amming. Imidlertid har de også sett at mødre strekker seg svært langt for å mestre amming da de opplever et forventningspress fra ulike hold. I enkelte tilfeller har ammeproblemer ført til for eksempel manglende glede i morsrollen hvor forventningen om å «være flink pike» blir dominerende. Det finnes klare føringer for at ammeveiledningen skal gis i nøye samspill med mor og barn og det skal legges vekt på trivsel hos mor og barn (12). Dialog i ammeveiledningssituasjonen er også beskrevet som viktig i den nye håndboken for helsestasjoner; «Vi kan fortelle om det optimale for å nå et resultat, men

sammen med mor må en konkret og realistisk plan lages for hvordan tiltak lar seg gjennomføre i hennes hverdag» (5). Å gi god veiledningen krever at helsesøster gir individuell veiledning (13) og får innsikt i mors egne tanker og oppfatninger av det å amme barnet sitt. For å kunne få denne innsikten kreves det at helsesøster blir kjent med mor og på den måten danner en relasjon som gjør at mor tør å åpne seg og fortelle hvordan hun opplever ammesituasjonen. Mor kan ønske å fremstå som en glad og lykkelig mor og det kan være et hinder for å fortelle at hun strever med ammingen.

**2. Spørsmålsformulering**

Med et ønske om å få større forståelse for mødres opplevelser i en vanskelig ammesituasjon og gi kunnskapsbasert veiledning ble det blant annet tatt utgangspunkt i forskning som er omtalt i nye retningslinjer i barselomsorgen «Nytt liv og trygg barseltid» (3). Nye studier gjør at vi bør se nærmere på vår praksis relatert til denne problematikken. En relevant studie som beskriver mødres erfaringer med samspillet når ammesituasjonen oppleves stressende ble lest av alle helsesøstrene på Frogner helsestasjon (15).

**3. Litteratursøk**

Helsesøstrene deltok på kurs med bibliotekar Jenny Owe ved Høyskolen Diakonova. Dette var et tiltak for å heve kompetansen hos helsesøstrene på Frogner og bidra til et samarbeid mellom praksisfeltet og høyskolen. Tiltaket ble ledelsesforankret. Det ble først gitt en teoretisk innføring i blant annet KBP, søkeprosess, S-pyramide og ulike databaser. Deretter praktiserte helsesøstrene søk i databaser.

Erfaringer fra litteratursøket: Databasesøk var nytt for de fleste med unntak av noen helsesøstre som var nyutdannet. Helsesøstrenes uttalelser var blant annet: «Dette var inspirerende, men søkeprosessen stiller krav til å spissformulere problemstillingen og det var tidkrevende.» «Det var ikke så vanskelig som jeg trodde!» «Det var nyttig å få informasjon om Helsebiblioteket som utgangspunkt for søk og bok om KBP.» «Det krever at man hever blikket opp over de daglige gjøremål og at det settes i system for å kunne fortsette. Noen kan få i oppdrag å søke og deretter legge frem på en fagdag. Dette blir et løft på fagmøtene.» «Blir en utfordring å få det til i hverdagen.» «Det var morsomt å lære for å kunne følge med på «det siste» innen forskning. Refleksjonsprosessen vil også være viktig».

Trinnene i KGB ble forsøkt fulgt. Etter å ha lest ny forskning kritisk ble dette etterfulgt av etiske refleksjo-

Egenskaper ved forskningen
Svarer ikke på spørsmål i praksis
Er for dårlig planlagt gjennomført
Viser motstridende resultater
Resultatet er ikke vi mer enn en gang

TABELL 1: Eksempler

ner rundt problemet at en stressfylt amning under og mellom i for vår refleksjonsprosess avsluttet amminge en god relasjon med medbestemmelse, og hadde behov for morsmelktillegg i ikke legges press på sensitive, gi mor st

**4. Kritisk vurdering**

Vi reflekterte over praksis relatert til kjente at balanse og ble minnet om «nennsom» hånd. sen av stigma kan selv opplever situasjonen på problematikken speiles ofte i den kan føre til press

**5. Anvende**

Da det allerede i går om å mestre amninge og partner om For å minske skomstskjemaet fra om «får barnet mor ble mer bevisst spiltittelen på ammeven av studiene be stigmatiserende. V mange helsegevin

og realistisk plan  
 gjennomføre i hennes  
 trever at helsesøster  
 innsikt i mors egne  
 me barnet sitt. For  
 det at helsesøster  
 danner en relasjon  
 tuelle hvordan hun  
 n ønske å fremstå  
 an være et hinder  
 mi

åelse for mødres  
 relasjon og gi kunn-  
 unnet tatt utgangs-  
 nye retningslinjer  
 gg barseltid» (3).  
 ere på vår praksis  
 n relevant studie  
 ed samspillet når  
 de ble lest av alle  
 n (15).

bibliotekar Jenny  
 te var et tiltak for  
 ne på Frogner og  
 sfeltet og høysko-  
 Det ble først gitt  
 «BF»-prosessen,  
 etter praktiserte

Databasesøk var  
 i helsesøstre som  
 alelser var blant  
 n søkeprosessen  
 lemstillingen og  
 så vanskelig som  
 rmasjon om Hel-  
 r søk og bok om  
 sket opp over de  
 tem for å kunne  
 søke og deretter  
 et løft på fagmø-  
 il i hverdagen.»  
 ne følge med på  
 nsprosessen vil

Etter å ha lest ny  
 etiske refleksjo-

Egenskaper ved forskningen	Egenskaper ved helsearbeideren	Egenskaper ved organisasjonen	Egenskaper ved profesjonen
Svarer ikke på spørsmål i praksis	Mangler metode-og/eller engelskkunnskaper	Manglende kultur for endring og utvikling	Manglende samarbeid mellom forskere og klinikere
Er for dårlig planlagt/gjennomført	Mangler kunnskap om hva som finnes av forskning, og hvor den er å finne	Manglende system for anvendelse av forskning i praksis	Forskerne tar ikke utgangspunkt i problem fra praksis i forskningen
Viser motstridende resultater	Ønsker ikke å endre sin egen praksis	Lite støtte fra kollegaer/overordnede for å anvende forskning	Manglende rollemodeller for at klinikere kan bli forskere
Resultatet er ikke vist mer enn en gang	Har ikke kultur for formidling og anvendelse av forskning i praksis	Ikke ressurser for å anvende forskning i praksis	«Historisk bagasje» - sykepleieret praktisk fag

TABELL 1: Eksempler på hindringer for bruk av forskning i praksis (11).

ner rundt problemstillingen (14). En studie som viste at en stressfylt ammesituasjon påvirket samspillet både under og mellom måltidene var et viktig utgangspunkt for vår refleksjonsprosess. Studien viste også at mødrene avsluttet ammingen for å ivareta barnets behov og skape en god relasjon mellom seg og barnet. Mødrene ønsket medbestemmelse, informasjon om alternativ til amming og hadde behov for støtte fordi de følte skam når de ga morsmelktillegg på flaske. Helsepersonell bør derfor ikke legge press på mødre i ammesituasjonen, men være sensitive, gi mor støtte og åpne opp for alternativer(15).

#### 4. Kritisk vurdering

Vi reflekterte over og vurderte våre erfaringer fra praksis relatert til forskning og retningslinjer. Vi gjenkjente at balansen mellom press og støtte er hårfin og ble minnet om at ammeveiledning må ytes med «nennsom» hånd. Forskningen viste også at opplevelsen av stigma kan være vanskelig å få øye på før man selv opplever situasjonen eller blir gjort oppmerksom på problematikken. Ulike forventninger i kulturen speiles ofte i den enkelte. Kulturen man er en del av kan føre til press og stigma for den enkelte kvinne.

#### 5. Anvende

Da det allerede i graviditeten ligger store forventninger om å mestre amming forberedte jordmødrene den gravide og partner om vanskeligheter knyttet til amming.

For å minske stigma etter fødsel omformet vi innkomstskjemaet fra å spørre om «ammer du» til å spørre om «får barnet morsmelkerstatning eller morsmelk». Vi ble mer bevisst språkets makt. Vi undret oss også over tittelen på ammeveiledningsfilmen «Bryst er best». I en av studiene beskrev mødrene denne tittelen som stigmatiserende. Vi har kunnskap om at morsmelk har mange helsegevinster. Imidlertid reflekterte vi rundt

dette relatert til ny kunnskap om at samspillet mellom mor og barn kan trues (15) eller mor bli deprimert på grunn av en krevende ammesituasjon (16). Når barnet ikke får tilstrekkelig morsmelk som kan føre til redusert motorisk- og kognitiv utvikling (17) er bryst i realiteten ikke alltid best for verken mor eller barn. Det gjelder å gi individuell, helhetlig og balansert veiledning slik at det gir en god opplevelse i form av trivsel for både mor og barn (12). Tittelen på filmen kan derfor gi et feilaktig inntrykk til mødre og føre til at uavhengig av konteksten kan morsmelk oppfattes som best uansett. Informasjonen om betydningen av å amme kan få util-

## «Helsesøstre må aktivt søke ny forskning.»

siktede konsekvenser. Våre erfaringer sammenfaller med mødrenes uttalelser, de kjenner godt til ammingens helsegevinster og mener at hvis det fungerer tilfredsstillende vil det være det beste både for dem selv og barnet. Men for noen mødre som avslutter ammingen av hensyn til barnets beste kan veiledning som ikke er tilpasset opprettholde stigma. Sett i dette perspektivet, og med visshet om at sykepleiere bør anerkjenne forskjell mellom individer og være innovative, var det enighet om at det var klokt å erstatte tittelen til «Film om ammeveiledning». I vår kultur hvor forventninger om å være «flinke» i klassen» er dominerende kan det bidra til å forsterke nederlagsfølelsen i forhold til mestring av morsrollen når ammingen ikke fungerer tilfredsstillende.

Forskningen viste at press om å amme på sykehuset også forplantet seg til tiden etterpå. Helsesøstre gjenkjente denne situasjonen hos flere mødre de møtte på helsestasjonen. I en studie kom det frem



at det å bli avvist på sykehuset når de ønsket å gi litt morsmelkerstatning til barnet av ulike årsaker, førte til fortvilelse og maktesløshet hos mødrene. Å bli «visket i øret» at mor kunne gi morsmelkerstatning, men ikke fortelle hvem som hadde foreslått det, ga en følelse av å gjøre noe ulovlig (15). Slike uttalelser trenger bearbeidelse i ettertid og oppleves som utfordrende å «reparere» for helsesøstre. Ifølge barselavdelingens retningslinjer skal morsmelkerstatning gis på medisinsk indikasjon (18). Det kan begrense de ansattes mulighet til å gi morsmelker-

## «Informasjonen om betydningen av å amme kan få utilsiktede konsekvenser.»

statning av andre hensyn. På den annen side framhever WHO (19) at kvinner har rett til å amme, men også likelydende rett til å ikke amme. På hvilken måte kan denne gjensidige retten ivaretas? Sett ut fra KBP hvor brukermedvirkning er sentral er det viktig å ikke tolke trinn 6 i «10 trinn for vellykket amming» rigid. Helsesøstrene kom frem til at det burde være et tettere samarbeid med helsestasjon og jordmødre/sykehuset for å utveksle erfaringer. Ammeveiledning er en viktig del av folkehelsearbeidet og vi har kunnskap om at folkehelsearbeid i noen tilfeller kan ha utilsiktede konsekvenser (20). Vi må arbeide for å redusere de utilsiktede conse-

kvensene og fortsatt arbeide med et helsefremmende perspektiv. Overført til vår problemstilling blir det derfor viktig å reflektere over hvordan vi fremmer helse og mestring for sårbare mødre i tillegg til å ha kunnskap om amming. Refleksjon og ny kunnskap sammen med våre erfaringer med ammeveiledning og mødrenes ønsker gjorde at vi var mer bevisst på våre spørsmål i ammeveiledningen. Spørsmål vi ble bevisst på å stille var; Hvordan opplever du å amme? Hvordan opplever du samspillet med barnet ditt? I tillegg var vi bevisst på å være åpen om å informere om morsmelkerstatning når det var behov for det. Vi var også mer oppmerksom på signaler på stress hos barnet.

### 6. Evaluere

Prosessen med å arbeide kunnskapsbasert i forhold til ammeveiledning har vært bevisstgjørende og utfordrende. Å fortsette arbeid etter en KBP-modell avhenger, som beskrevet i denne artikkelen, av mange faktorer. Det er viktig at det forskes mer på dette området. Helsesøstrene må aktivt søke ny forskning og ta i bruk det de har lært om KBP og erkjenne betydning av modellen. Det er avgjørende at fagutviklingen er ledelsesforankret da en travel hverdag kan være begrensende. Å sette av tid til evaluering av praksis er nødvendig. ■

*Fagartikkelen er støttet økonomisk med samarbeidsmidler fra Høyskolen Diakonova og skrivestipend av RBUP Øst og Sør.*

### Referanser:

- Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinar LM. Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok. [Oslo: Akribe; 2012.
- Helsedirektoratet. Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2005-2015.
- Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer i barselomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
- St.meld.nr. 20. Vilje til forskning. Oslo 2004-2005.
- Misvær N, Lagerløv P. Håndbok for helsestasjoner. Oslo: Kommuneforl.; 2013. 422 p.
- Abbrandt Dahlgren M, Higgs J, Richardson B. Developing practice knowledge for health professionals. Edinburgh: Butterworth-Heinemann; 2004. IX, 231 s.: ill. p.
- Kitson A, Harvey G, McCormack B. Approaches to implementing research in practice. Qual Health Care. 1998;7(3):149-59.
- Hakkennes S, Dodd K. Guideline Implementation in allied health professions: a systematic review of the literature. Quality and Safety in Health Care. 2008;17(4):296-300.
- Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care: the implementation of change in health care. John Wiley & Sons; 2013.
- Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L. Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. Implement Sci. 2011;6(1):1-20.
- Politt DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012. XIV, 802 s. p.
- Helsedirektoratet. Kosthåndboken. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
- Glavin K, Helseth S, Kvarme LG. Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. Oslo: Akribe; 2007. 340 s.: fig. p.
- Norsks. NSFs formål, prinsippprogram, vedtekter m.m.: gjeldende for perioden 2012-2015. [Oslo]: Norsk Sykepleierforbund; 2012. 50 s.; 30 cm p.
- Hvatum I, Hjalhmult E, Glavin K. Intervjstudie: Stressfylt amming og samspill. Sykepleien forskning. 2014.
- Haga SM. Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation. Oslo: Unipub; 2012.
- Torsvik I, Ueland PM, Markestad T, Bjørke-Monsen A-L. Cobalamin supplementation improves motor development and regurgitations in infants: results from a randomized intervention study. The American journal of clinical nutrition. 2013;98(5):1233-40.
- WHO. Evidence for ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO; 1998.
- WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health organization; 2003. p. vi, 30 s.
- Benedicte I, Fugelli P. Helse på norsk: god helse slik folk ser det. Gyld. 2014.



### Synagis AbbVie

Immunglobulin mot resppi

**PULVER OG VÆSKE TIL INNEH.:** I Hetteglass: Palivizumab injeksjonsvæsker 1 ml. Ferdig Indikasjoner: Forebygging forårsaket av respiratorisk syncytial virus (RSV) hos barn med høyt behov for behandling for medfødt hjertesykdom som Doserings: Anbefalt doser er med forventet RSV-risiko i administreres 1 gang pr. m starter på RSV-sesongen. I Det anbefales at barn som få månedlige doser i hele bypassoperasjon anbefales Påfølgende doser bør forts har høy RSV-risiko. Injeksjon enn 15 mg/kg, eller doser **Tilberedning/Håndtering:** 100 mg hetteglass innehold er rekonstituert etter instruks gummiproppen rengjøres m injeksjonsvæsker og Synagis og 100 mg gir 100 mg/ml p skal stå i romtemperatur i r **Administrering:** Gis i.m., h Kontraindikasjoner: Kjer monoklonale antistoffer. **Forsiktighetsregler:** Allerg og dødsfall er rapportert. I for umiddelbar bruk ved ad berettig utsettelse av bruke mild øvre luftveisinfeksjon, e

©2014 AbbVie AS