

Ser I mig?

Dysfagi hos ammede spædbørn



Forfattere

Maj-Brit Birch Lykkegaard 72526

Sofie Louise Otto Rytter 72423

Vejleder

Trine Schifter Larsen

Kandidatspeciale i

Sundhedsfremme og

Sundhedsstrategier

Institut for Mennesker og Teknologi

Roskilde Universitet

Juni 2023

Antal tegn: 222337

Indholdet i dette speciale er fremkommet på baggrund af forfatterens egne tolkninger og analytiske overvejelser. Således kan personer og organisationer i den anvendte empiri ikke stilles til ansvar for de konklusioner vi drager.

Abstract

Title: Do you see me? – Dysphagia in breastfed infants.

Key words: dysphagia in infants, breastfeeding, oral feeding, lactation consultants, suckling difficulties, oral dysfunction, breastfeeding policy, infant

Introduction: Dysphagia in infants is an underappreciated issue, despite early diagnosis and management of feeding problems being essential to avoid long-term challenges with oral feeding. In Denmark most mothers initiate breastfeeding, but only 14,7% meet the recommendations of full breastfeeding for 6 months.

Aim: The aim of this master thesis is to reveal how Danish official breastfeeding policies and recommendations influence the health care worker's possibilities of diagnosing and managing dysphagia in breastfeeding infants.

Methodology: Using policy documents and semistructured interviews with policy conductors and lactation consultants, we have conducted a discourse analysis inspired by Norman Fairclough's critical discourse analysis and Carol Bacchi's What's the Problem Represented to be-methodology.

Conclusion: Breastfeeding policies and recommendations in Denmark include discourses from a biopsychosocial understanding of healthcare. Thus there seems to be an order of discourse that favors a psychosocial strategy in solving breastfeeding issues. The effect of this might be that the biomedical understanding of suckling issues regarding the child, might be overlooked in the social practice of lactation consultants, especially those working in a community setting. We therefore advocate that policy makers and health care professionals be aware of this and work together to find better solutions for diagnosing and managing infants with feeding issues.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
2. Problemfelt	6
2.2 Afgrænsning	9
3. Problemformulering	10
3.1 Arbejdsspørgsmål	10
3.2 Begrebsafklaring	10
4. Kontekst	11
4.1 Sundhedsfremme i politik og praksis	11
4.2 Amning - historisk set	13
4.3 Ammevejledning i Danmark	14
4.4 IBCLC-ammevejledere	15
5. Metodologi	16
5.1 Forskerposition	16
5.2 Videnskabsteori	17
5.2.1 Kritisk realisme	18
5.3 Empiriskabelse	20
5.3.1 Forundersøgelser	21
5.3.2 Litteratursøgning	22
5.3.3 Interview	22
5.3.3.1 Udvælgelse af interviewpersoner	23
5.3.3.2 Præsentation af interviewpersoner	27
5.3.3.2.1 Sundhedsplejerske Olga	27
5.3.3.2.2 Sundhedsplejersker i Brøndby Kommune	27
5.3.3.2.3 Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov	28
5.3.3.2.4 Kompetencecenter for Amning	29
5.3.3.3 Semistrukturerede interviews	30
5.3.3.4 Interviewguides	30
5.3.3.5 Udførelse af interviews	32
5.3.3.6 Opfølgende spørgsmål	33
5.3.3.7 Bearbejdning af data	33
5.4 Dokumentanalyse	35
6. Teori og analysemetode	36
6.1 Carol Bacchi	37
6.1.1 De 6 spørgsmål	39
6.2 Norman Fairclough	40
6.2.1 Den tredimensionelle diskursmodel	41
6.2.1.1 Tekst	42
6.2.1.2 Diskursiv praksis	43
6.2.1.3 Social praksis	44

7. Analysestrategi	45
8.1 Analyse af politiske styringsdokumenter	46
8.1.1 Politiske og faglige rationaler	46
8.1.2 anbefalinger	48
8.1.3 Løsningsforslag	52
8.1.4 Delkonklusion	54
8.2 Analyse af interviews	56
8.2.1 Kontrastfyldte rationaler i praksis	56
8.2.2 Tværsamarbejde	60
8.2.3 Strukturelle rammer	68
8.2.4 Effekter af repræsentationerne	79
9. Konklusion	83
10. Perspektivering	85
Litteraturliste	87
Bilagsfortegnelse	97

1. Indledning

Hvad er afgørende for at et spædbarn kan die? I Danmark er der tradition for, at ammevejledning primært varetages af jordemødre og sygeplejersker på hospitalerne samt sundhedsplejersker i kommunerne (Amager Hospital, 2022). Løsningsstrategierne er typisk fokuserede omkring at sikre, at mor har tilstrækkelig mælk og at finde passende ammestillinger, så både mor og barn kan slappe af under amningen. Har barnet ineffektiv sutteteknik, fokuseres der typisk på at lette overførslen af mælk til barnet ved hjælp af faciliterende eller kompenserende teknikker (Sundhedsstyrelsen, 2023:234). Spørgsmålet der presser sig på er dog, om der måske er noget vi overser. I hvor stort omfang medtænkes spædbarnets anatomiske, fysiologiske og sensoriske forudsætninger for at kunne indtage føde i vurderingen, når amningen ikke fungerer? Tages der mon stilling til, hvorvidt det er muligt at optræne barnets funktionsevne, for at muliggøre amning?

I efteråret 2022 foretog vi en kort forundersøgelse til dette speciale, for at danne os et indtryk af, hvordan spædbarnets oralmotoriske kompetencer bliver vurderet i relation til amning. Undersøgelsen blev foretaget i en lukket facebookgruppe for 220 *International Board Certified Lactation Consultants* (IBCLC) ammevejledere i Danmark. IBCLC er en internationalt anerkendt certificering af ammekonsulenter, som anses som et kvalitetsstempel for at kunne yde højt specialiseret ammevejledning (IBLCE, 2023). Spørgsmålene i undersøgelsen omhandlede hvilke oralmotoriske undersøgelsesredskaber, gruppens medlemmer eller deres kolleger benytter sig af i deres arbejde. Ud af de 196 personer der så spørgsmålet, kommenterede kun fire personer i løbet af 7 uger. Tre personer svarede, at de bruger *Tongue-tie and Breastfed Babies Assessment Tool* (TABBY), som er det undersøgelsesredskab, der anbefales til vurdering af stramt tungebånd hos mature børn under 4 måneder, hvor der er ammevanskeligheder (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020). Én af svarpersonerne i forundersøgelsen bruger yderligere Hazelbaker, Martinelli og Kotkow, som ligeledes er undersøgelsesredskaber til at vurdere stramt tungebånd (Hatami et al. 2022; Martinelli, 2012). Den sidste person mente det lå ud over hendes kompetence, og at der skulle en specialiseret undersøgelse fra en ergoterapeut eller et oralmotorisk team til, for at undersøge for oralmotoriske vanskeligheder. Til trods for den lille svarprocent, fik det os til at være endnu mere nysgerrige på, at undersøge om barnets oralmotoriske kompetencer overses i ammevejledningen.

2. Problemfelt

Ulighed i sundhed er et begreb, der har været diskuteret og forsøgt afhjulpet i mange år. I en rapport fra 2020, konkluderer Sundhedsstyrelsen, at der er social ulighed i sundhed forbundet med det at blive, eller ikke blive, fuldammet i mindst 4 måneder. Rapporten fokuserer i konklusionen på, at der er fysiologiske, psykologiske, immunologiske og udviklingsmæssige fordele for barnet, der fuldammes – også på lang sigt (Sundhedsstyrelsen, 2020). I Danmark anbefaler Sundhedsstyrelsen fuldamning i 6 måneder og delvis amning i 1 år eller mere (Sundhedsstyrelsen, 2023). De mange sundhedsfremmende fordele ved amning ses for både mor og barn. Sundhedsstyrelsen (2023) fremhæver, at amning beskytter barnet mod børneleukæmi (Martin et al, 2005; Ip et al, 2007), diabetes 1 (Lund-Blix, 2017), overvægt og svær overvægt (Victora et al 2016; Horta et al, 2015), diarré, luftvejsinfektioner, nekrotiserende enterocolitis, mellemørebetændelse (Victora et al, 2016) og spædbarnsdødelighed (Sanka et al, 2015; Hauck et al, 2011), samt giver forudsætning for bedre synsudvikling (Birch, 2007) og stimulerer modningen af barnets fordøjelses- og immunfunktion (Sangild et al, 2006; Hanson et al, 2003). Moderen kan gennem amning opnå beskyttende effekt mod udviklingen af bryst- og æggestokkræft, type 2-diabetes og knogleskørhed (Victora et al, 2016). Sundhedsstyrelsen lægger således især vægt på, at der er store biomedicinske incitament for at vælge amning til, set i et sundhedsfremmende perspektiv. Antallet af danske kvinder, der ønsker at amme og påbegynder dette lige efter fødslen, er blandt de højeste i de vestlige lande (Victora et al, 2016) og har siden 1980'erne ligget mellem 97 og 99,5% (Michaelsen et al, 1994; Bruun et al, 2016). Alligevel opgiver mange amningen tidligere end planlagt, hvilket betyder, at kun 14,7% af de danske børn fuldammes i de anbefalede 6 måneder (E-sundhed, 2023). En svensk undersøgelse fremhæver, at fem faktorer påvirker ammevarigheden; sociodemografi, psykosociale forhold, sundhedsvæsen og biomedicinske begrænsninger hos mor og/eller barn, samfundsmæssige forhold samt offentlige politikker og anbefalinger (Yngve & Sjöström, 2001). Ydermere er tværprofessionelt samarbejde beskrevet i litteraturen, som noget der kan bidrage til at problemløse, patientcentrere, professionalisere og systemoptimere opgaverne i sundhedsvæsenet (Lehn-Christiansen, 2016).

Forskning viser, at det at indtage føde oralt, er en kompleks opgave, som kræver, at spædbarnet kan koordinere 60 muskelpar og 6 kranienerver (Smith, 2007). Spiser barnet fra et bryst, er muskelkoordineringen anderledes end på en flaske (Genna et al., 2021) og ydermere

kan ernæring fra flaske medføre nedsat iltmætning hos barnet (Chen et al., 2000), hvilket kan påvirke spiseoplevelsen negativt. I de tilfælde hvor ammeproblemerne skyldes funktionsnedsættelser hos barnet, vil man i nogle tilfælde kunne diagnosticere barnet med dysfagi, hvilket i Danmark defineres således: *“Dysfagi forstås bredt som funktionsnedsættelser, der enten forhindrer eller begrænser indtagelsen af føde og væsker, og som gør synkning risikabel, ineffektiv, ubehagelig eller som påvirker livskvaliteten“* (Dansk Selskab for Dysfagi, 2022). Sundhedsstyrelsen har udgivet en klinisk retningslinje for øvre dysfagi, hvor sensomotorisk træning af tungen bl.a. anbefales som behandlingsstrategi (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvilket også er i overensstemmelse med hvad flere reviews af videnskabelige studier anbefaler bør være en del af interventionen til præmature børn med dievanskeligheder (Gonzales et al., 2021; Kamity et al., 2021; Greene et al., 2017). Den danske kliniske retningslinje indeholder dog kun anbefalinger for personer over 18 år, og er i 2023 blevet erklæret “ikke gældende”, da det er mere end tre år siden, den er blevet opdateret (Sundhedsstyrelsen, 2018). Vi har altså ikke en klinisk retningslinje i Danmark, der er rettet mod spædbørn med dysfagi-relaterede ammeproblemer. Der findes et forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser, men denne retter sig mod børn og unge mellem 8-17 år, og fokuserer på spiseforstyrrelser som anoreksi eller bulimi, hvilket beskrives som et andet segment end dem, der har behandlingskrævende spiseproblemer i spæd- og småbarnsalderen (Sundhedsstyrelsen, 2017). Denne opdeling er dog foretaget uden videnskabelig begrundelse, men ud fra konsensus (ibid).

Ugeskrift for Læger skrev i en artikel i 2019, at der er begrænset fokus på dysfagi i Danmark, og at der er behov for både mono- og tværfaglig forskning inden for området (Philipsen et al., 2019). Den faggruppe der oftest arbejder med behandling af dysfagi er ergoterapeuter (Nielsen et al., 2022) og fokus på, at dysfagi kan forekomme hos spædbørn mener vi, er blevet mere præsent de sidste par år (Dansk Selskab for Dysfagi, 2022; Umay 2022; Lawlor & Sukgi, 2020). Maj-Brit Birch Lykkegaard, som er den ene af dette speciales forfattere, blev i 2020, som den første praktiserende ergoterapeut i Danmark, IBCLC certificeret ammekonsulent og i juni 2021 skrev Kompetencecenter for Amning i deres nyhedsbrev, at flere ergoterapeuter har interesse i amning (Kompetencecenter for Amning, 2021). Umay et al. konkluderer i deres review, at alle spædbørn med suttevanskeligheder, bør undersøges for dysfagi, og at dette bør gøres i tre led; indledende screening, klinisk evaluering og instrumentel evaluering (Umay et al., 2022). Vi mener derfor, at det er relevant at undersøge sammenhængen mellem opsporing og behandling af dysfagi hos ammede spædbørn. Ser vi på

hvad der findes af undersøgelsesredskaber til evaluering af amning og flaskeernæring i klinisk praksis, altså den kliniske evaluering, finder vi et review af Pados et al. fra 2016, som konkluderer, at der findes 18 undersøgelsesredskaber til evaluering af amning for spædbørn under 6 måneder. 7 af dem blev sorteret fra enten fordi de mangler sufficient publiceret litteratur, der evaluerer redskabet, hvis redskabet er målrettet en specifik diagnose, eller hvis redskabet kun er intenderet videnskabelig undersøgelse og dermed ikke brugt i klinisk praksis. Af de resterende 11 inkluderer kun to evaluering af barnets oralmotoriske funktioner, og disse to, *Neonatal Oral-Motor Assessment Scale* (NOMAS) og *Early Feeding Skills Assessment* (EFS) er kun testet på flaskeernærede børn, selvom det hævdes at de kan anvendes til både ammede og flaskeernærede spædbørn. Reviewet konkluderer også, at alle de tilgængelige undersøgelsesredskaber mangler adækvat psykometrisk udvikling og testning (Pados et al., 2016). Et andet sammenligneligt review konkluderer dog modsat Pados et al. (ibid), at NOMAS har adækvat psykometrisk testning (Bickell et al., 2018). På verdensplan er 1253 personer i 40 lande certificeret i brugen af NOMAS, dog ingen i Danmark (Nomias International, u.å). Det lader altså til, at opsporing af dysfagi hos ammede spædbørn er overladt til de sundhedsfaglige personer, der beskæftiger sig med vejledning i oralt indtag af føde hos spædbørn, hvilket i Danmark oftest, i første instans, vil være sundhedsplejerskerne, eller personalet på hospitalernes barsels gange. Vi finder det interessant at undersøge hvilke muligheder ammekonsulenterne i Danmark reelt har for at opspore dysfagi, når der både lader til at være mangelfuldt fokus på dysfagi hos spædbørn, og at de tilgængelige undersøgelsesredskaber ikke er udbredt i Danmark og desuden kan diskuteres i forhold til kvalitet. Især set i lyset af, at et review fra 2021 konkluderer, at mangelfuld diagnosticering og behandling af dysfagi hos spædbørn kan medføre spisevanskeligheder, som kan følge dem ind i barndommen og potentielt set også medføre udfordringer i voksenalderen (Kamity et al., 2021). Dette review er dog foretaget omkring præmature spædbørn, som naturligvis kan have patologiske komorbiditeter, der bidrager negativt til spisningens udvikling (Wambach & Spencer, 2021; Genna 2017; Kamity et al. 2021). De fleste studier vi har kunnet finde om opsporing og behandling af dysfagi, er fokuseret omkring præmature eller syge spædbørn, men Lawlor og Sugki (2020) beskriver i deres review, at omkring halvdelen af forældre til raske børn, rapporterer, at deres barn har et spiseproblem, og at dysfagi i nogle tilfælde kan være en årsag til dette. Derfor finder vi det muligt, at der kan være en sammenhæng mellem dysfagi og tidligt ammeophør hos børn inden for normalområdet, da næsten halvdelen af alle mødre oplever problemer med amning (Nilsson, 2016) og mange stopper med at amme tidligere end ønsket (E-sundhed, 2023).

Som fremhævet i den svenske undersøgelse af faktorer, der påvirker ammevarigheden (Yngve & Sjöström, 2001), har både biomedicinske forhold samt offentlige politikker og anbefalinger en betydning for ammevarigheden. Da dysfagi kan fungere som en hæmsko for ammevarigheden, finder vi det interessant at undersøge, hvilken rolle anbefalingerne omkring ammevejledning spiller, i forhold til hvordan dysfagi hos spædbørn opspores og behandles i Danmark.

2.2 Afgrænsning

I dette speciale vil vi afgrænse os fra at gå ind i diskussionen om, hvornår amning ikke er det bedste for barn og mor og hvordan man i så fald skal forholde sig både som familie og som professionel. I undersøgelsen medtages alle spædbørn i alderen nul til seks måneder, som har dieproblemer, uagtet om de er født til tiden, har komorbiditet eller særlige sociale vilkår, som kan indvirke på amningen. Dermed afgrænser vi os fra at se på, hvor fra dysfagi udspringer. Vi ser i stort omfang bort fra samspillet i familien og medtager derfor ikke den subjektive fortælling fra forældrene. Derfor afgrænser vi os fra at undersøge, hvordan opsporingen af dysfagi opleves fra familiens side. Dette er ikke for at negligere vigtigheden af de psykosociale omstændigheder, men for at kunne fokusere på de bagvedliggende årsager der kan ligge til grund for den hjælp sundhedsvæsenet tilbyder et spædbarn med dysfagi. Dette for at synliggøre den eventuelle ulighed i sundhed, der kan opstå for denne gruppe børn. Indledningen, problemfeltet samt vores afgrænsning leder os således frem til den følgende problemformulering med dertilhørende arbejdsspørgsmål.

3. Problemformulering

Hvordan opspores dysfagi hos ammede spædbørn i praksis og hvad er baggrunden for de tiltag der iværksættes, for at forbedre deres mulighed for at die?

3.1 Arbejdsspørgsmål

- Bliver betegnelsen dysfagi brugt i forbindelse med spædbørn med oralmotoriske vanskeligheder?
 - Hvad kan det betyde for de sundhedsprofessionelles måde at arbejde på?
- Hvad er Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forbindelse med børn der har suttevanskeligheder?
 - Hvordan virker dette i praksis?
- Hvordan arbejder ammevejledere i praksis med suttevanskeligheder?
 - Hvad kan ligge til grund for denne måde at arbejde på?
- Hvordan opleves de tilgængelige handlemuligheder af de sundhedsprofessionelle?

3.2 Begrebsafklaring

- Spædbørn anses i denne sammenhæng som børn der er under 6 måneder, da Sundhedsstyrelsens anbefalinger af fuldamping går til denne alder, samt at tungens funktionelle bevægelser fra 0-6 måneder er begrænset til at kunne bevæge sig frem og op i ganen, hvilket er det der kræves for at kunne die (Kamity et al, 2021; Genna, 2017).
- Tiltag bruges her som de interventioner, der iværksættes af det sundhedsprofessionelle personale, som arbejder med spædbørn og deres familier.
- I specialet bruger vi i flæng ordene suttevanskeligheder, oralmotorisk dysfunktion, oralmotoriske vanskeligheder, sensomotoriske vanskeligheder, problemer med sutteteknik, spisevanskeligheder og dievanskeligheder om det samme begreb, da vi ligesom Umay et al. (2022) mener, at de alle kan være genstand for mulig dysfagi.
- Mundmotorisk stimulation, oralmotorisk stimulation og sensomotorisk stimulation eller træning bruges til at beskrive de trænende interventionsstrategier, der har til hensigt at forbedre barnets orale funktionelle dieevne.

4. Kontekst

For at kunne beskrive de betingelser, der ligger til grund for sundhedsprofessionelles handlemuligheder, i forhold til opsporing og behandling af dysfagi hos spædbørn i Danmark, vil vi her komme med et kort oprids af den sundhedspolitiske og historiske kontekst, ammevejledningen er indlejret i. Herunder også hvordan synet på spædbarnets evner har ændret sig over tid.

4.1 Sundhedsfremme i politik og praksis

Hvilken sundhedspolitisk dagorden der er “den rigtige” og hvordan sundhedsfremmende tiltag bør iværksættes, er blevet diskuteret gennem mange år. For at forstå det nuværende sundhedsvæsen, er det essentielt at have en idé om, hvordan udviklingen af sundhedsvæsenet har været.

I 1977 introducerede George Engel sin bio-psyko-sociale model for sundhed, som skulle ses som et opgør med den hidtidige biomedicinske model og et forsøg på at inkludere sociale, psykologiske og adfærdsmæssige overvejelser i sundhedspolitikken (Engel, 1977). I 1986 blev Ottawa-chartrets brede sundhedsbegreb vedtaget af WHO og har siden da haft stor indflydelse på regeringers og organisationers sundhedspolitiske arbejde (Pedersen et al., 2012). WHO's sundhedsbegreb defineres således:

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being (WHO, u.å.)

Til trods for de gode hensigter med definitionen af begrebet, mener Potvin og Balbo (2007), at der er en uoverensstemmelse mellem diskursen om sundhedsfremme og praksis på området. De mener, at der i praksis er meget fokus på individualiserende perspektiver, som kan påvise

tydelige kausale sammenhænge med sundhed, og at det ikke er lykkedes at indkorporere sociale og samfundsmæssige udviklingsdynamikker i sundhedsfremmestrategierne (Potvin & Balbo, 2007). Årsagen herfor mener de bl.a. kan findes i, at sundhedsfremme ikke kan samles i ét teoretisk begreb, og at der derfor er modstridende diskurser mellem dem, der arbejder på området på akademisk og praktisk niveau, og at der således opstår paradokser i løsningsstrategierne (ibid). Pedersen et al. (2012) peger på, at økonomiske interesser og videnskabelig fastholdelse i eksisterende sundhedsparadigmer kan være forklaringer på hvorfor sådanne paradokser findes (Pedersen et al., 2012:30).

Som nævnt i problemfeltet er tværprofessionelt samarbejde beskrevet, som noget der kan skabe et sammenhængende sundhedsvæsen (Lehn-Christiansen, 2016), men tværprofessionelt samarbejde er ikke gnidningsløst (ibid). Forskellige forforståelser eller logikker, der kan være indlejret i de forskellige sundhedspolitiske dokumenters rationaler, kan diskursivt være med til at præge tværsamarbejdets karakter (Bacchi, 2009). Den engelske forsker Marco Antonsich, peger også på, at diskurser kan præge den politisk socialiserende magtrelation, således at begrebet om at høre til (“belonging”) kan konstruere, skabe ejerskab, retfærdiggøre eller skabe modstand overfor social-spatial inklusion eller eksklusion (Antonsich, 2010).

Samtidig med, at synet på sundhed har ændret sig, har den offentlige forvaltning også undergået en forandring. I starten af 1970’erne blev den offentlige sektor sat under sparekniven med et ønske om, at kunne styre den samfundsøkonomiske balance (Pedersen, 2004). Forskellige styringsrationaler har siden bevæget sig fra sektorforvaltningen mod supervisionsforvaltningen og i nyere tid potentialiseringsforvaltningen, hvor organisationer på papiret skal være frit tænkende for at udvikle muligheder for mange potentielle fremtider, men samtidig er underlagt kontrol eller supervision fra et hierarkisk højerestående politisk organ (Andersen & Pors, 2014). Omkring årtusindeskiftet blev der iværksat flere tiltag, der skulle ses som en modernisering af den offentlige sektor og New Public Management blev iværksat som en måde hvorpå kontrol og regulering af offentlige ydelser, skulle resultere i at bruge færrest mulige midler til at opnå velfærd (ibid). Professor i ledelse, Jody Hoffer Gittel påviste, at der er en sammenhæng mellem det hun kalder *Relationel Koordinering* og de præsterede ydelser i sundhedsvæsenet (Gittel, 2012). I *Relationel Koordinering* ses fælles mål, fælles viden og gensidig respekt som de tre principper der bør være gennemgående i de tværfaglige relationer, men også at kommunikationen mellem de forskellige fagpersoner bør være hyppig, rettidig, præcis og problemløsende (Gittel, 2012).

4.2 Amning - historisk set

Amning har historisk set undergået adskillige transformationer på baggrund af varierende diskurser og markedsøkonomiske incitamerter. Amning har altid været og er, globalt set, stadig den mest udbredte måde at ernære sit spædbarn på. Dog ses der af forskellige grunde variationer i antagelsen af fordelene ved amning bl.a. på baggrund af værdier og tradition (Sundhedsstyrelsen, 2023). Opkomsten af kommercielt fremstillet modermælkserstatning og de udtalte økonomiske incitamerter for udbredelsen af dette, blev i 1970'erne en af grundene til et drastisk fald i amnefrekvensen hos kvinder. For at modarbejde denne tendens, indførtes i 1991 *Det Spædbarnsvenlige Initiativ* som en global strategi for ernæring af småbørn (ibid). Målet i Danmark var, at spædbørnsfamilier fik den nødvendige information og støtte, uagtet om barnet blev ammet eller ej. Derudover blev initiativet udviklet til et effektivt tværfagligt kvalitetsudviklingsprogram, der også omfattede børn født præterm. Det Spædbarnsvenlige Initiativ blev ligeledes udvidet til at indbefatte sundhedsplejen, og den offentlige organisation, Ammekomiteen, stod i Danmark for undervisning og akkreditering af hospitaler og kommuner. Sidenhen blev Ammekomiteen nedlagt i 2009 og muligheden for akkreditering forsvandt (ibid). I juni 2011 blev Kompetencecenter for Amning etableret som en privat enhed i Komiteen for Sundhedsoplysning, for at tilgodese et stigende behov for opkvalificering af sundhedspersonale inden for amning (Kompetencecenter for Amning, 2022).

Historisk set har synet på spædbarnets evner også skiftet i takt med forskningen på feltet. I problematiseringen af hvorvidt spædbarnets forudsætninger medtænkes i den ammevejledning, der forekommer i dag, kan der trækkes paralleller til det generelle syn, der har været på spædbarnets evner, og den udvikling dette syn har gennemgået fx inden for udviklingspsykologien. Her bør nævnes, at de såkaldte *store almene teorier* prægede børnepsykologien i begyndelsen af 1900 tallet (Sommer, 2023). Opfattelsen, der var herskende i disse var, at barnet var passivt og inkompetent. Fra 1960- og 70'erne skiftede dette syn på barnet, da talrige undersøgelser indikerede, at barnet evnede langt mere end tidligere antaget (ibid).

4.3 Ammevejledning i Danmark

Ammevejledningen i Danmark varetages i stort omfang af sygeplejersker på barsels-, neonatal- og børneafdelinger og af jordemødre i ammeklinikker på hospitalerne, samt af sundhedsplejersker i kommunerne (Amager Hospital, 2022). Derudover er der en række private aktører der tilbyder ammevejledning uden for det offentlige sundhedssystem (Ammenet, u.å.).

På bagkanten af Anden Verdenskrig steg børnedødeligheden betydeligt i Danmark. Dette gav anledning til politisk selvransagelse, idet landets succes blev målt på baggrund af dets evne til at bekæmpe bl.a. spædbørnsdødelighed. Derved opstod behovet for at gøre noget ved dette problem, ikke ud af humanitære hensyn, men med målet om at fremelske en befolkning bestående af samfundsnyttige og sunde borgere (DSR, u.å.). Således så sundhedsplejerskeinstitutionen dagens lys som en rationel forebyggelse, hvor sundhedsplejerskerne skulle være statens redskab til at opdrage mødre til at passe deres børn. Sundhedsplejerskernes redskab til dette var principperne om ro, renlighed og regelmæssighed (DSR, u.å.). Disse principper anses i dag for at have været en hæmsko for ammeetableringen, idet den skemalagte amning har haft en negativ effekt på mælkeproduktionen (Sundhedsstyrelsen, 2023). Ro, renlighed og regelmæssighedsprincipperne anses derfor, som en af forklaringerne på den store andel af mødre, der valgte at flaskeernære deres børn med modernælkserstatning, da amningen blev spoleret af selvsamme principper, der var ment som en hjælp (Sundhedsstyrelsen, 2023).

Allerede i 1930'erne, inden indføringen af sundhedsplejeindsatsen, var amning en af hovedstenene i spædbørnsplejen, og lægerne fik øjnene op for, hvad amningen betød for barnets udvikling. Der viste sig imidlertid at opstå en del komplikationer i samarbejdet med lægerne under den nye forordning, idet lægerne frygtede, at de nye sundhedsplejersker kunne risikere at påvirke dem både fagligt og økonomisk. I dag er det dog i høj grad sundheds- og sygeplejerskerne, der har overtaget rollen som ammevejledere (DSR, u.å.).

Til sidst er det værd at bemærke, at det for Sundhedsstyrelsen allerede fra første færd var væsentligt, at tage styringen på sundhedsplejerskeinstitutionen. Sundhedsstyrelsen overlod intet til tilfældighederne, og således skulle de godkende alt fra de enkelte kommunale

sundhedsplejerskeordninger og ansættelsesforhold, til de lokale instrukser og retningslinjer, som sundhedsplejersken skulle arbejde ud fra (DSR, u. å.).

Helt fra starten af har sundhedsplejerskerne været optaget af amningens betydning for sundheden for det lille barn og plejen har derfor i høj grad været præget af denne interesse. Uddannelsen til sundhedsplejerske indeholder derfor undervisning om amning (DSR, u.å.).

4.4 IBCLC-ammevejledere

I 1985 etableredes *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBLCE), som et svar på de faldende amnefrekvenser i USA og samme år blev de første *International Board Certified Lactation Consultants* (IBCLC) certificeret. IBCLC er en internationalt anerkendt certificering indenfor ammevejledning. I 2022 var der i Danmark 301 internationalt certificerede IBCLC ammekonsulenter. Til sammenligning findes i Norge 13, i Sverige 27 og på verdensplan i alt 28.892 (Sundhedsstyrelsen, 2023:9). IBCLC-certificeringen tildeles på baggrund af stor klinisk erfaring med ammevejledning, dokumentation af 95 timers teoretisk uddannelse indenfor amning og bestået IBCLC-eksamen. Certificeringen er gældende i 5 år og skal derefter genertjenes ved hjælp af point (CERPS) eller eksamen (Sundhedsstyrelsen, 2023). Ammekonsulentuddannelsen som Kompetencecenter for Amning faciliterer, er adgangsgivende for at gå til IBCLC-eksamen (ibid).

5. Metodologi

I dette afsnit vil vi beskrive de mange metodologiske overvejelser, vi har gjort os undervejs i specialet. Først vil vi beskrive vores videnskabsteoretiske inspiration og redegøre for vores forskerposition, for herved at beskrive det fundament, der ligger til grund for de metodiske fremgangsmåder vi har anvendt i empiriskabelsen. Vi vil deri redegøre for både de praktiske og etiske overvejelser, der har sat sit præg på specialeprocessen. Herefter vil vi redegøre for den eklektiske proces i udvælgelsen samt brug af vores teori, og slutteligt vil vi beskrive de udvalgte teorier, og hvorledes vi vil anvende dem i vores analyse.

5.1 Forskerposition

Maj-Brit Birch Lykkegaard er uddannet professionsbachelor i ergoterapi i 2009. Hun er i skrivende stund den eneste IBCLC-certificerede ergoterapeut i Danmark og driver i dag virksomheden AmmeErgo, hvor hun underviser sundhedsfaglige i amning, samt arbejder med familier, hvor amning eller spisevanskeligheder hos større børn besværliggør dagligdagen og trivselen. Hun har en forforståelse om, at oralmotoriske færdigheder, sansebearbejdning og en god relation mellem forældre, barn og fagpersoner, er faktorer der spiller store roller i forhold til hvordan ammeproblemer løses. Med en ergoterapeutisk baggrund, er en af hendes forforståelser, at aktivitet og deltagelse er omdrejningspunktet for et godt liv. Vejen til at muliggøre dette bygger på motivation og aktiv deltagelse, hvilket indebærer, at den terapeutiske intervention kan bestå af såvel optrænde, kompenserende og faciliterende interventioner, alt afhængigt af borgerens ønske og nærmeste udviklingszone. Gennem kandidatuddannelsen i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier + Pædagogik og Uddannelsesstudier, er hun blevet uddannet i at antage et kritisk perspektiv på forandring i samfundet. Nogle af de pædagogiske virkemidler, der kan være til at skabe forandring, anser hun for at være diskurser. Hun er drevet af et emancipatorisk ønske om at forbedre de betingelser der påvirker sundhedsfremmende tiltag og har en forståelse for, at pædagogiske virkemidler og relationsdannelse i samarbejdet er med til at præge forandringspotentialet.

Sofie Louise Otto Rytter er uddannet professionsbachelor i sygepleje i 2010. En stor del af hendes faglige virke har omhandlet, at koordinere og lede sygeplejen på et plejecenter, herunder at navigere i det spændingsfelt af faglige magtkampe og diverse interesser, der både er influeret af forskellige professioners samarbejde og ledelsens mange lag. Arbejdet på et

plejecenter er i stort omfang centreret omkring det psykosociale og en teori som self-efficacy (Bandura, 1997), bruges i vid udstrækning. Herudover har Sofie igennem Center for Kliniske Retningslinjer (CFKR, u. å.) en uddannelse i at omsætte nationale kliniske retningslinjer til plejeplaner specifikt rettet mod kommunens plejecentre. En del af arbejdet bestod derfor også i at implementere og gøre disse plejeplaner brugbare for medarbejderne på tværs af faglige ståsteder. Hendes erfaring fra arbejdet som sygeplejerske, sammenholdt med de ny erhvervede erfaringer fra kandidatstudiet i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier + Psykologi, har således ført til et nyt kritisk blik for de strukturer, der både er hindrende og fordrende for menneskers evne og mulighed for samarbejde i vores moderne samfund. Her ligger motivationen for arbejdet med dette speciale således i at se på de strukturelle betingelser, der er afgørende for at kunne nedsætte ulighed i sundhed.

Vi kommer begge med en normativ forståelse af, at alle bør have adgang til god behandling, der kan skabe sundhedsfremmende betingelser for et godt liv og meningsfuld deltagelse i hverdagslivet. Vi bringer altså en bureaukratisk demokratisk forståelse med os ind i projektet, men er samtidig bevidste om de økonomiske og magtfulde strukturer vores samfund og sundhedsvæsen er betinget af. Derfor er det også naturligt for os, at lede efter de hierarkiske magtfordelinger, der kommer til udtryk gennem empirien. Inspireret af en kritisk realistisk forskerposition ønsker vi at komme nærmere en forståelse af de gensidige diskursive påvirkninger, der findes mellem de politiske styringsdokumenter og praksis i ammevejledningen. Vores forskellige faglige forudsætninger og erfaringer med området dysfagi hos spædbørn, ser vi som en styrke, da det har givet anledning til at udfordre de fordomme og forforståelser vi hver især har haft, ved fortløbende at stille kritiske og nysgerrige spørgsmål til hinanden og de diskurser vi finder i empirien.

5.2 Videnskabsteori

For at gøre os begreb om hvilken form for undersøgelse vi skulle udføre, har vi måtte løfte os op på et metateoretisk plan, for at undersøge selve grundlaget for den arbejdsproces vi har sat i værk. Herigennem har vi forsøgt at gøre os bevidste om, hvilke ontologiske og epistemologiske antagelser vi har om verden og måden at skabe viden på. Dette for at kunne forholde os akademisk til undersøgelsens formål og for at organisere og systematisere erkendelsesresultatet. Således er vores intention at blive bevidste om, hvordan de teorier vi vælger at anvende til at analysere empirien, er i overensstemmelse eller adskiller sig fra vores

egen videnskabsteoretiske inspiration. Sonne-Ragans beskriver, at det kan være hensigtsmæssigt at kunne åbne op for hvorledes teori og empiri, der er forankret i virkeligheden, kan have indbyrdes uoverensstemmelser og forskellige perspektiver (Sonne-Ragans, 2019:22-23). Denne sondren kan altså hjælpe os til at vurdere vores teori- og empirivalgs anvendelighed, kompatibilitet og begrænsninger i forhold til vores udvalgte problemfelt. I det følgende vil vi derfor beskrive, hvilke videnskabsteoretiske inspirationskilder vi har, og hvordan disse betragtninger har haft indflydelse på vidensskabelsen i specialeprocessen.

At vi begge kommer med en baggrund som professionsbachelor inden for sundhedsfagene gør, at vi er skolet til at have et helt særligt syn på måden at indhente viden på. Som sygeplejerske er kausalitetsforståelsen i nogle henseender relativt lineær, i og med at uddannelsen i stort omfang bygger på et biomedicinsk syn på sundhed. Som ergoterapeut er man skolet ind i en omfattende holistisk analyserende tankegang, hvor aktivitetsanalyse og meningsfuld deltagelse i hverdagslivet medfører en dynamisk kausalitetsforståelse. Med vores ny erhvervede teoretiske erfaringer fra studiet på RUC har vi dog begge fået et mere nuanceret syn på sammenhænge. Vores ontologiske og epistemologiske syn på viden er i denne sammenhæng også påvirket, hvilket vi vil redegøre for i det følgende afsnit.

5.2.1 Kritisk realisme

I opgaven med at synliggøre vores ontologiske og epistemologiske afsæt, har vi fundet en del ligheder og fællestræk med videnskabsteorien kritisk realisme (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Vi deler betragtningerne fra den britiske filosof og grundlæggeren af kritisk realisme, Roy Bhaskar om, at verden ikke kan forstås som rene kausale forhold og at det derfor er nødvendigt at træde bagom det, der er umiddelbart forekommende (ibid). Ydermere deler vi betragtningen om, at den sociale virkelighed kan forstås som værende konstrueret (ibid). Vi anerkender således, at der eksisterer en virkelighed uafhængigt af vores forestillinger om den, og at den viden vi frembringer i specialet, således kan siges at være konstrueret. Når vi anskuer hvordan viden skabes, anerkender vi derfor også, at det kan være hensigtsmæssigt med en grundlæggende faglighed, som går på tværs af naturvidenskab, humaniora og samfundsvidenskab, for således at skabe en dybere forståelse af virkeligheden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I dette speciale vælger vi at beskæftige os med det samfundsvidenskabelige område og ud fra et kritisk realistisk synspunkt, ser vi den sociale virkelighed som åben,

hvilket betyder, at vi aldrig kan forudsige, hvad der kommer til at ske, men kun gisne om, hvad der har været medvirkende til, at en begivenhed har fundet sted. Vi stiller os således nysgerrigt åbne og udforskende i forhold til hvilke bagvedliggende logikker og rationaler, der er og har været medvirkende til at forme de muligheder spædbørn med suttevanskeligheder, har i det danske sundhedssystem. Ud fra et emancipatorisk synspunkt ønsker vi ikke at forholde os objektivt eller værdineutralt til forskningsfeltet. Vi vil derimod gerne bruge vores viden til at skabe samfundskritik og dermed potentielt set medvirke til at skabe progressive sociale forandringer.

Videnskaben er ifølge kritisk realisme en altid historisk betinget og regulær menneskelig aktivitet, der foregår i sociale sammenhænge. De sammenhænge, der i sig selv er påvirket af de selvsamme komplekse omverdensforhold og interrelationelle strukturer, den søger at afdække ((Buch-Hansen & Nielsen, 2012)). På denne vis giver det også forklaringen på, hvordan viden kan være fejlbarlig og hvorfor teorier og forklaringer over tid kan få brug for erstatninger, da vi kontinuerligt har mulighed for at trænge dybere ned og få nye forståelser. Dette er for os et incitament til at dykke ned i den viden, der eksisterer på ammefeltet og således forsøge at afdække hvilke forklaringer, der med vores normative forforståelser, kunne have brug for en erstatning. Vi mener, at med at have et emancipatorisk ideal, bliver viden omkring verden det værktøj, der kan være medvirkende til at ændre den. Dette underbygges af de betragtninger både den moderate konstruktivisme og den kritiske realisme har i forhold til den sociale virkelighed, da alle aktørers handlinger og interaktioner, bevidste som ubevidste, genskaber og forandrer den sociale virkelighed (ibid). I modsætning til den mere radikale konstruktivisme, fokuserer kritisk realisme ikke kun på mening, diskurser og kultur, men medtænker også dybden i objektive strukturer og kausalitet. På den måde bliver den sociale verden ikke reduceret til en diskursiv konstruktion, men betydningen af diskurser bliver anerkendt (ibid). Vi mener hermed i tråd med kritisk realisme, at praksis for de sundhedsprofessionelle, der arbejder med ammevejledning, ikke kun er diskursivt medieret, men at disse diskurser også er medvirkende til at forme praksis. Der vil ligeledes forekomme strukturelle rammer, der helt objektivt vil påvirke de handlemuligheder, sundhedsprofessionelle har og dermed den opsporing og behandling et barn med dysfagi kan modtage. Redegørelsen for disse betingelser besværliggøres af de mangefacetterede måder, hvorpå de indbyrdes påvirker hinanden og hvordan de historisk er opstået bl.a. på baggrund af herskende diskurser. Kun ved at blive bevidst om hvordan disse strukturelle rammer og diskurser kan være opstået, bliver det muligt at ændre på dem.

Roy Bhaskar mener, at den nye viden en forsker frembringer altid vil være begrænset af det eksisterende råmateriale, fx teorier, analysemodeller m.v. der er til rådighed (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). På den måde bliver vores mulighed for at vurdere betydninger på feltet på en og samme tid begrænset af den viden og de værktøjer vi bærer med os fra studiet på Roskilde Universitet. Vores intention er derfor kontinuerligt at gøre os bevidste om, at bibeholde en udforskende indstilling til forskningsfeltet. Derved kan vi i højere grad få øje på de underliggende strukturer og multiple potentielle kausale forhold og mekanismer, der hver især har kontingente konsekvenser for det vi kan observere (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Vi vil derfor forsøge at forholde os kritiske til empirien og udforske, hvad forskellige ytringer kan bunde i, med en konstant bevidsthed om, at de sproglige udsagn aldrig står alene, men er indbyrdes forbundne med andre forhold i verden. Således vil vi forsøge at opnå viden på det dybere domæne, hvilket i kritisk realisme beskrives som strukturer og mekanismer, der ikke umiddelbart lader sig observere (ibid). Da der ifølge en kritisk realistisk tankegang, kan forekomme uoverensstemmelser mellem hvad mennesket siger og gør, kommer afdækning af dobbeltmoral og selvbedrag ind som en måde hvorpå vi også kan opnå viden på det dybere plan, og undgå den fejlkilde, den enkeltes fortolkninger og holdninger kan være (ibid). Dette vil vi forsøge at afdække i vores empiri ved at undersøge, om ambivalenser kommer til syne gennem holdninger, der afviger fra de handlinger der beskrives udført. Derudover vil vi forsøge at redegøre for, hvordan aktørerne ikke kun er underlagt de strukturelle betingelser, men ligeledes selv er medvirkende til at påvirke disse under visse omstændigheder.

5.3 Empiriskabelse

I forhold til valg af metode, fastholder kritisk realisme at være en videnskabsteori, og dermed afgrænser den sig fra at indeholde teori om den sociale virkelighed. Således bliver vurderingen af hvilke bestanddele forskningen skal indeholde, op til forskeren selv. Derved kan en pluralistisk tilgang accepteres (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Hvilke metoder, teorier og praksisser der benyttes, skal således afgøres ud fra en kritisk forholden sig til karakteren af det fænomen, man forsøger at belyse. Derved kan man ikke fra det videnskabsteoretiske niveau tilslutte sig en privilegeret praksisform, men videnskabsteorien skal bruges som et rum for refleksion (ibid). Denne proces og de overvejelser der ligger til grund for vores valg i indhentningen og skabelsen af vores empiri, vil vi derfor beskrive i det følgende afsnit. Heriblandt hvorledes hvert skridt i empiriskabelsen har affødt nye

perspektiver og undringer, der har ledt til nye felter at afsøge viden på. Således bærer metodeafsnittet ligeledes vidnesbyrd om en specialeproces, hvor vi har ladet empirien være styrende for undersøgelsesfeltet. Dermed bliver det også en demonstration af vidensproduktion som en ikke lineær proces.

Igennem processen har vi indhentet og skabt empiri på forskellig vis og vi har løbende fremsøgt viden om genstandsfeltet, som har hjulpet os til at målrette undersøgelsen. Vi har brugt vores forforståelser og allerede akkumulerede viden om forskningsfeltet aktivt gennem hele processen. Da forundersøgelserne til specialet er genstand for hvilken endelig empiriskabelse vi har valgt til selve specialet, har vi valgt at beskrive den i store træk herunder. De anvendte metoder til empiriskabelse i selve specialet indbefatter således; litteratursøgning, som er brugt både til at lokalisere relevante politiske styringsdokumenter og som metode til at finde baggrundsviden, samt semistrukturerede interviews bestående af et enkeltpersonsinterview og tre gruppeinterviews, hvoraf vi anser det ene som ekspertinterview og det andet delvist ekspertinterview.

5.3.1 Forundersøgelser

I november 2022, altså før selve specialeprocessen startede officielt, gik vi i gang med at undersøge genstandsfeltet. Indledningsvist lå vores fokus på de strukturelle vilkår, der er for mulighederne for opsporing og behandling af dysfagi hos spædbørn, i forhold til tværsamarbejde, både mellem faggrupper og sektorer. Kva sit selvstændige virke i AmmeErgo, skulle Maj-Brit i november 2022 og februar 2023 forestå undervisningen på et 3 dages kursus om ergoterapeutisk ammevejledning faciliteret af Hvidovre Hospitals projekt "Barnet i Midten" (Hvidovrehospital, u.å.). Vi valgte derfor at starte vores speciale med udgangspunkt i projektet, da det lagde sig op ad vores forforståelse om, at nogle problematikker på området eksisterer på baggrund af tværsamarbejde. Derudover så vi det som en anledning til at undersøge hvordan denne specifikke faggruppe arbejder med amning, med hvilke faggrupper, og hvordan samarbejde forløber tværfagligt. Forud for det monofaglige kursus om ergoterapeutisk ammevejledning, sendte vi et spørgeskema ud til de 24 ergoterapeuter fra Region Hovedstaden, som skulle deltage. Her spurgte vi blandt andet ind til deres erfaringsgrundlag, samt hvilke kompetencer de anså, at deres samarbejdspartnere og de selv havde inden for ammeområdet. Spørgsmålene i spørgeskemaet var fortrinsvist af kvalitativ karakter (bilag 1). I løbet af de tre undervisningsdage, var Sofie med som observatør, og tog feltnoter undervejs, Efter kurset sendte vi et evalueringsskema ud til

deltagerne, som blev udarbejdet i samarbejde med projektlederne på Hvidovre Hospital og som dermed skulle bruges både som inspiration i vores speciale og til evaluering af hospitalets projekt. Fokus for både spørgeskemaundersøgelserne og observationerne på kurset var tværsamarbejde i ammevejledningen, samt ergoterapeuternes opfattelse af egne og tværprofessionelle samarbejdspartneres kompetencer på ammeområdet.

5.3.2 Litteratursøgning

Som en væsentlig del af specialet, har vi kontinuerligt benyttet os af litteratursøgning på databaser for videnskabelige artikler, brugt Google Scholar søgninger, læst bøger om emnet og anvendt 'sneboldmetoden' ved at udforske referencer og kildehenvisninger i teksterne, for på den måde hele tiden at videreudvikle vores forståelse af genstandsfeltet. Vi har brugt søgemaskinen Google til at fremsøge nationale politiske styringsdokumenter, der ville være relevante i vores analyse. Derudover har vi udarbejdet nøglebegreber og synonymer på engelsk, samt afgrænset søgningerne med booleske operatører, for at kunne målrette søgningen efter videnskabelig litteratur bedst muligt (Rasmussen et al., 2022). For en udvidet gennemgang af vores søgeprofil og søgestreng, med angivelse af inklusions- og eksklusionskriterier, samt eksempler på de tre videnskabelige litteratursøgninger, vi har fået mest ud af, se bilag 2.

5.3.3 Interview

På baggrund af vores initiale forundersøgelser og vores indhentning af viden gennem litteratur, besluttede vi os for, at den viden vi ønskede omkring opsporing og behandling af spædbørn med dysfagi, bedst kunne skabes gennem kvalitative interviews. Dette grundet, at vi under forundersøgelsen begyndte at få en forståelse af, at spørgsmålet om opsporing af suttevanskeligheder hos spædbørn, bredte sig langt længere ud end hvad forklaringen på eventuelle vanskeligheder vedrørende tværsamarbejde kunne svare på. Vi begyndte at få en spirende forståelse for, at der var nogle dominerende logikker omkring arbejdet med ammevejledning og amning, der sætter begrænsninger for den viden der er på området. Ligeledes blev vi interesserede i hvordan viden om amning bliver videredistribueret og dermed hvilke handlinger, der er mulige for den enkelte sundhedsprofessionelle. Vi ønskede at skabe empiri, der kunne fortælle os noget om arbejdet med selve opsporingen af børn med dysfagi og de betingelser, der opleves i praksis hos ammevejledere. Heriblandt hvilken viden den enkelte fagprofessionelle ligger inde med i opsporingsarbejdet og de strukturelle forhold,

der gør sig gældende når tiltag iværksættes. Dette perspektiv på feltet udspringer ikke kun fra en forståelse af strukturelle betingelser og menneskelige handlinger som objektive tiltag, men også som diskursivt medierede. Forståelsen af diskursers virkemåder har vi oparbejdet gennem viden, vi har tilegnet os i undervisningen i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier på Roskilde Universitet. Vi har således en forståelse af, at de handlinger mennesker foretager sig, kan være både begrænsede af, men også fordrede af de diskurser, der er på et givent område i vores samfund. Derfor blev det vigtigt for os at undersøge bl.a. diskurserne, idet vi anser, at disse kan medvirke som forklaring på de betingelser og handlinger, der finder sted i ammevejledningen, når det specifikt omhandler spædbørns mundmotoriske vanskeligheder. Som hele specialet vidner om, var dette dog heller ikke en lineær proces. På trods af, at genstanden for vores opmærksomhed ændrede sig undervejs, vil observationer og udtalelser fra de indledende forundersøgelser stadigvæk blive inddraget i specialet, i det omfang vi finder det relevant.

Vi valgte at benytte os af interview som metode, da disse anvendes til at belyse oplevelser og beskrivelser af en viden, der er skjult og særegen for hvert individ. Det er derfor en viden der ikke er mulig at indhente på anden vis, end ved at gøre brug af en kvalitativ metode (Poulsen, 2019). Interview beskrives af Tanggaard & Brinkmann (2020) som værende en måde at formidle livshistorier og social praksis med en universel undersøgelsesmetode. Der kræves ved interview et grundigt forarbejde og en bred viden om det felt, man ønsker at undersøge. Dette for at man kan udforme de rette spørgsmål, der kan invitere til deling af de fænomener, man ønsker at beskæftige sig med (ibid). Derfor har vi brugt meget tid på at sætte os grundigt ind i ammeområdet.

5.3.3.1 Udvalgelse af interviewpersoner

Vi gjorde os mange overvejelser i forhold til udvælgelsen af interviewpersoner til interviewundersøgelsen. Valget af faggruppen sundhedsplejersker, blev dels foretaget på baggrund af vores observationer fra projekt "Barnet i Midten" i det, at ergoterapeuterne der deltog her, fremhævede sundhedsplejerskerne, som den primære faggruppe, der henviser spædbørn med oralmotoriske vanskeligheder til ergoterapeuterne i kommunen. Dels var det i kommunalt regi, at der oftest blev beskrevet problemstillinger i forbindelse med udredning af disse børn, både i forhold til tvivl omkring henvisningsmuligheder, forskellige fagsammensætninger i forhold til samarbejdet og forskelle i praksis. Derudover tilbydes

førstegangsfødende i Danmark ved normale fødselsforløb at være indlagt 48 timer efter fødslen, hvorimod flergangsfødende har mulighed for indlæggelse i to til seks timer (sundhedsaftalen, u.å.). Derved bliver det ofte sundhedsplejerskens opgave at observere, behandle og evt. henvise til andre faggrupper, når der opstår vanskeligheder i forbindelse med amning, herunder oral dysfunktion hos det spæde barn. Dette blev yderligere et incitament for at afdække vidensgrundlaget og praksis i netop denne faggruppe.

Udvælgelsen af sundhedsplejersker er foretaget blandt de kommuner, som var blevet inviteret til at deltage i projektet “Barnet i Midten” (Hvidovre Hospital, u.å.). Dvs. kommuner i Region Hovedstaden, hvor der som udgangspunkt er ergoterapeuter ansat. Vi overvejede, hvorvidt vi skulle tage højde for elementer som kommunernes demografi, socioøkonomiske vilkår, samt hvordan børneområdet er organiseret. Vi blev dog enige om at forfølge nogle af de fortællinger, vi havde fået gennem samarbejdet med ergoterapeuterne på kursusdagene. Her fik vi indsigt i, at der i nogle kommuner var fortællinger om et stærkt netværk, synlighed og vidensdeling mellem sundhedsplejersker og ergoterapeuter. Her blev der også berettet om mange henvisninger af børn med mundmotoriske vanskeligheder fra sundhedsplejen til terapeuterne. I andre kommuner var der stort set ingen ergoterapeutisk erfaring med at behandle børn med dievanskeligheder. Vi udvalgte sundhedsplejen i 7 af kommunerne, hvor organiseringen af sundhedsplejen og ergoterapeuterne var forskellige og hvor vi forventede at kunne få en variation af fortællinger om feltet. Vi lod altså her vores nyerhvervede viden om området spille en rolle i udvælgelsen af interviewpersoner med hensigten om, at kunne udvælge personer, der *“repræsenterer en viden gennem den kultur, de er en del af, og gennem den erfaring, de har via det liv, de lever”* (Poulsen, 2019:100).

Vi gjorde os ligeledes overvejelser om, at det ikke nødvendigvis er alle kommuner, der har en børneergoterapeut tilknyttet. Dette kan derfor anses som en bias i forhold til den udvælgelse af kommuner vi har foretaget, i det tilfælde, at målet var at skabe et repræsentativt billede af praksis i hele regionen eller hele landet (Jensen & Kvist, 2019). En anden overvejelse er, at i og med at et projekt som “Barnet i Midten” i forvejen er søsat, med fokus på ergoterapeuternes specifikke vidensfelt, så eksisterer der allerede et vist fokus på oralmotoriske vanskeligheder hos spædbørn og samarbejdet herom i de udvalgte kommuner. Derfor kunne resultaterne fra samme undersøgelse foretaget i andre regioner, meget vel have set anderledes ud. Således gør vi os ingen forestillinger om, at kunne skabe et repræsentativt billede af hele ammeområdet i Danmark (ibid), men undersøgelsen kan bidrage til at skabe

indsigt i hvilke erfaringer sundhedsplejerskerne i disse kommuner har og dermed skabe refleksion i den generelle praksis.

I den udvalgte gruppe var der to kommuner, der blev ekskluderet ud fra bekvemmelighedshensyn, da det i disse kommuner ikke var muligt at finde en e-mailadresse på den ledende sundhedsplejerske. Vi sendte derfor en e-mail til 5 kommunale sundhedsplejer og inviterede dem til at lade os interviewe en sundhedsplejerske.

I den indledende invitation til interview informerede vi sundhedsplejerskerne omkring formålet med interviewet, GDPR- reglerne (GDPR, u. å.) og deres muligheder for at de og deres kommunale ansættelsesforhold kunne sløres i det endelige speciale. Informationsbrevet kan ses i bilag 3. Vi forsøgte i invitationen at beskrive undersøgelsesområdet relativt åbent, for at undgå kun at modtage henvendelser fra professionelle med en særlig interesse på feltet, dermed kunne det give et mere retvisende billede af sundhedsplejerskernes erfaringer. Det viste sig dog at være overordentligt vanskeligt at hverve sundhedsplejersker, der kunne, eller ønskede at deltage i vores interview. Den første aftale med to sundhedsplejersker fra Brøndby Kommune var i hus, allerede ganske få dage efter vi sendte invitationerne ud. Derefter var der stilstand, og da vores afsatte tid for at foretage interview var ved at rinde ud, forsøgte vi os med telefonisk kontakt til de ledere af sundhedsplejen, vi kunne finde et telefonnummer på. Via en sekretær fik vi her en anden e-mailadresse til en leder, som vi sendte invitationen til igen. Efter halvanden uge, fik vi en opringing fra en sundhedsplejerske under den pågældende leder, der indvilgede i at medvirke til interview. Vi forsøgte også at ringe og skrive til to sundhedsplejersker og en leder af sundhedsplejen i to andre kommuner i Region Hovedstaden, som Maj-Brit kendte i forvejen. De virkede imødekommende, men havde ikke tid til at deltage. Resten af henvendelserne hørte vi ikke mere fra.

Set i bakspejlet, kan en medvirkende faktor til, at Brøndby Kommune var så hurtige til at meldte sig til interviewet være, at de er en kommune, hvor ammefrekvensen for børn der fuldammes længere end 26 uger, ligger langt over landsgennemsnittet på de 14,7 %. I Brøndby er de nyeste tal fra sundhedsdatabasen på 26,3 % (E-sundhed, 2023). Dette kan betyde, at sundhedsplejerskerne i Brøndby er stolte over deres bedrift og gerne vil dele ud af deres erfaringer, selv i en travl hverdag. De ønsker også at stå frem med navn. Den anden kommune ønsker at fremstå slørede i den skriftlige fremstilling af specialet, og har en ammefrekvens, der ligger lavere end landsgennemsnittet til trods for, at deres

socioøkonomiske belastningsgrad er lavere end i Brøndby. Dette har vi undersøgt via dataudtræk (Indenrigs - og Sundhedsministeriet, 2023), men da den ene kommune ønsker at fremstå sløret, kan vi ikke vedlægge dataudtræk som dokumentation. Empiriskabelsen fra sundhedsplejerskerne er således fremkommet gennem et gruppeinterview med to sundhedsplejersker fra Brøndby Kommune, og et enkeltpersonsinterview med en sundhedsplejerske, hvor både hun og kommunen ønsker deres identitet sløret. Denne sløring har givet anledning til en del etiske overvejelser ift. hvad vi kunne inddrage fra interviewet (Kristensen, 2019). Balancen lå i at kunne medbringe relevante data, der var nødvendige for vores analyse, samtidigt med at respektere ønsket om sløring. Dermed har det ikke været muligt for os at kunne sammenligne særligt specifikke omstændigheder, der var ved den pågældende kommune, der adskilte sig fra Brøndby Kommune. Det ville ellers have kunnet bruges som indikatorer for særligt strukturelle rammers påvirkning af ammevejledningen.

Udover at interviewe sundhedsplejersker, besluttede vi os også for at interviewe Kompetencecenter for Amning (herefter benævnt Kompetencecentret). Denne beslutning blev truffet på baggrund af, at Kompetencecentret er forfattere til Sundhedsstyrelsens bog *Amningen håndbog for sundhedsprofessionelle* (Sundhedsstyrelsen, 2023), der bruges af blandt andet sundhedsplejerskerne som grundbog for ammevejledning i deres daglige arbejde. Derved vurderede vi, at Kompetencecenteret i denne forbindelse kunne være bærere af diskurser og rationaler, der ville kunne påvirke sundhedsplejerskernes arbejde med at opspore og iværksætte tiltag for behandling af dysfagi. Invitationen til Kompetencecentret blev ligeledes sendt via e-mail. De indvilgede i at deltage i vores interview, dog under den forudsætning, at de ville modtage vores spørgsmål på forhånd, og at interviewet ikke ville vare længere end 30 minutter.

Under interviewet med Kompetencecentret, blev vi gjort opmærksomme på, at der i praksis var en opdeling mellem normalområdet, som Kompetencecentret tager sig af, og specialområdet, som Videncenter for Amning af Børn med Specielle Behov (herefter benævnt Videnscentret) tager sig af. Videnscentret har kun én ansat, derudover er der tilknyttet en ekspertgruppe, som består af neonatalsygeplejersker. Videnscentret beskæftiger sig specifikt med for tidligt fødte og syge spædbørn, som er indlagt på neonatalafdelingen. Vi blev derfor nysgerrige på, hvad de havde af viden på området, og om det var foreneligt eller anderledes end den viden vi fandt hos sundhedsplejerskerne og om der eventuelt var et samarbejde med dem og kommunerne. Vi skrev derfor en mail til Ragnhild Måstrup, der er leder af

Videncentret, for at høre om hun ville være interesseret i et interview. Hun havde desværre ikke tid, men henviste til to neonatalsygeplejersker, der er med i ekspertgruppen. Således affødte vores oprindelige empiriindsamling en udvidelse af interviewpersoner, der kunne bidrage til en yderligere uddybning af vores spørgsmål. Interviewet blev derfor udført med to IBCLC uddannede neonatalsygeplejersker. Vi vil beskrive dette interview som et delvist ekspertinterview, idet hensigten var at foretage interviewet på baggrund af neonatalsygeplejerskernes ekspertgruffunktion i Videnscentret. I stort omfang var det dog mere deres praksiserfaringer fra neonatalafdelingen, der kom til at være bærende for deres fortællinger, hvilket kan have betydning for det billede der fremkommer i analysen.

5.3.3.2 Præsentation af interviewpersoner

For at give et overblik over de personer vi har interviewet, vil vi i dette afsnit præsentere hver enkelt interviewdeltager, deres faglige baggrund og deres arbejdsmæssige tilhørsforhold, herunder de åbenlyse strukturelle betingelser, som fx hvilke samarbejdspartnere og henvisningsmuligheder de har.

5.3.3.2.1 Sundhedsplejerske Olga

Vi har valgt at kalde sundhedsplejersken Olga, da identitet og arbejdsplads er sløret af hensyn til hendes ønske. Kommunen ligger i Region Hovedstaden og benævnes XX. Olga har været sundhedsplejerske, i en lang årrække, langt størstedelen af hendes ansættelse har været i den nuværende kommune. Sundhedsplejen er i den pågældende kommune organiseret under samme overordnede ledelse som ergo- og fysioterapeuterne, som også modtager henvisninger fra sundhedsplejerskerne på børn der har dievanskeligheder. Olga er ikke selv IBCLC certificeret ammekonsulent, men i kommunen har de en ammeklinik, hvor IBCLC'ere og ergo- og/eller fysioterapeuter samarbejder om ammevejledningen til forældre og børn fra 0-6 måneder med komplicerede ammeforløb (bilag 4:5).

5.3.3.2.2 Sundhedsplejersker i Brøndby Kommune

Lotte og Gitte, der er sundhedsplejersker i Brøndby Kommune, har ligesom den kommune, hvor Olga er ansat, en ammeklinik. I Brøndby varetages den dog udelukkende af Lotte og Gitte og er således ikke tværfaglig, der er yderligere kun ansat en ergoterapeut og en fysioterapeut til hele børneområdet i kommunen. Fys- og ergoterapeuten bruges fortrinsvis til

vejledende opgaver og der er ikke tilknyttet nogen anden form for oralmotorisk team til sundhedsplejen (bilag 5: 38).

Lotte: Har været uddannet sundhedsplejerske i 23 år. Derudover har hun været IBCLC certificeret ammekonsulent i 10 år.

Gitte: Har været sundhedsplejerske i 17 år og har været IBCLC certificeret ammekonsulent de sidste 10 år (bilag 5:1-2).

5.3.3.2.3 Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov

Videnscentret er forankret på Rigshospitalet, som finansierer den daglige drift. I Videnscentret indsamles, systematiseres og udvikles viden og erfaringer nationalt og internationalt. På baggrund af erfaringsbaseret viden samt litteratursøgninger danner det fundament for vejledninger om amning af børn med specielle behov. Målet for forskningen er at udvikle praksis, så pleje, behandling og rådgivning i forbindelse med amning af børn med specielle behov bliver ensartet, evidensbaseret og af høj kvalitet. Videnscentret har en hjemmeside hvor de gør den indsamlede viden tilgængelig for neonatal-, børne- og barselsafdelinger i Danmark, derudover forestår de rådgivning og undervisning (Rigshospitalet, u.å.). Som tidligere nævnt har Videnscentret kun én ansat, som leder sig selv. Dette er sygeplejerske, Ph.D og IBCLC Ragnhild Måstrup, som ikke havde tid til et interview, men vi har haft en mailkorrespondance med hende, som vi også anvender empiri fra i analysen (bilag 6:2). I stedet har vi interviewet to fra en ekspertgruppe, der er tilknyttet Videnscentret. Dem vil vi præsentere herunder.

Malene: Specialuddannet intensivsygeplejerske på børneområdet og har været IBCLC'er siden 2020, hvorefter hun blev en del af Videnscentrets ekspertgruppe. Teoridelen til IBCLC certificeringen tog hun i Kompetencecenter for Amning sammen med Maj-Brit, som er forfatter til dette speciale. De to kender altså hinanden på forhånd. Malene har været ansat på Rigshospitalets neonatalafdelingen siden 2011 og har siden 2018 udelukkende arbejdet med amning og trivsel. Sammen med Anne driver hun ammeambulatoriet, som varetager børn der er på Tidligt Hjemme Ophold (præmature børn, der har den sidste del af indlæggelsestiden derhjemme), samt børn der har gulsot eller infektioner som påvirker amning (bilag 7:1).

Anne: Specialuddannet intensivsygeplejerske og ansat på Rigshospitalets neonatalafdeling. Har været IBCLC'er i et år og siden da været en del af Videnscentrets ekspertgruppe. Hun har været med til at drive ammeambulatoriet siden 2020 (ibid).

5.3.3.2.4 Kompetencecenter for Amning

Kompetencecentret er en lille privat organisation med fire ansatte, som er finansieret af fonde og brugerbetaling, altså får de ingen støtte fra offentlige midler (bilag 8:2). Deres formål er at indsamle og formidle forskningsbaseret viden om amning til sundhedspersonale og medvirke til erfarings- og netværksdannelse. Ligeledes gennemfører de også selv udviklings- og forskningsprojekter relateret til amning. Kompetencecentret samarbejder med Sundhedsstyrelsen, de sundhedsfaglige organisationer, fødestederne og de kommunale sundhedstjenester i Danmark. Derudover samarbejdes der med adskillige andre institutioner både nationalt og internationalt. Kompetencecentret udbyder en ammekonsulentuddannelse, som i praksis fungerer som undervisningsdelen til IBCLC-certificeringen. Derudover faciliteres lokale temadage og kurser, sammensat efter behov og professionelle netværk (Kompetencecenter for Amning, 2022). I Kompetencecentret har vi interviewet Ingrid Nilsson og Marianne Busck-Rasmussen, som vi vil beskrive her.

Ingrid Nilsson: sygeplejerske, sundhedsantropolog, Ph.D i folkesundhedsvidenskab, IBCLC. Ingrid er daglig faglig leder af Kompetencecentret på fuld tid. Hun har arbejdet inden for det obstetriske speciale siden 1987, som menig sygeplejerske, ledende sygeplejerske, udviklings- og forskningssygeplejerske (Kompetencecenter for Amning, 2023) og har således arbejdet med amning hele sin karriere (bilag 8:1). Før Ammekomiteen lukkede, var hun ansat der, hvor hun bl.a. arbejdede som WHO-assessor, som vurderede om hospitaler og kommuner kunne godkendes til at leve op til "Det Spædbarnsvenlige Initiativ". Efter lukningen af Ammekomiteen, startede hun Kompetencecentret, hvor hun har været siden 2008 (bilag 8:1). Hun var den første i Danmark der blev IBCLC certificeret (Kompetencecenter for Amning, 2023) og har selv designet ammekonsulentuddannelsen sammen med en anden sygeplejerske, Tine Jerris. Denne uddannelse udbydes nu af Kompetencecentret (bilag 8:1).

Marianne Busck-Rasmussen: sundhedsplejerske, Master of Public Health, IBCLC. Marianne har været ansat i Kompetencecentret de sidste 10 år (bilag 8:2) på fuld tid med det daglige ansvar for Ammekonsulentuddannelsen og de professionelle netværk (Kompetencecenter for Amning, 2023). Hun har arbejdet med børnesundhed siden 1986, først som sygeplejerske i

obstetrikken og pædiatrien og fra 1993 som sundhedsplejerske i Frederiksberg og Brøndby kommune (Kompetencecenter for Amning, 2023). I sundhedsplejen har hun på forskellige måder arbejdet med især udvikling, ledelse og supervision (bilag 8:2). Marianne har deltaget i udarbejdelsen af den ammestrategi, der lå til grund for Brøndby Kommunes godkendelse som Spædbarnsvenlig Kommune i 2004 og siden recertificering i 2008 (Kompetencecenter for Amning, 2023).

5.3.3.3 Semistrukturerede interviews

Til specialet valgte vi at gøre brug af semistrukturerede interviews, hvilket er en samtale, der indebærer et formål og en vis struktur. Det vigtige er her, at interviewene bliver udført omhyggeligt og nysgerrigt, og ved kritisk at forfølge interviewpersonernes svar kan forskeren definere og kontrollere situationen med interviewemnet (Poulsen, 2019). Til de semistrukturerede interviews med sundhedsplejerskerne anvendte vi en interviewguide (bilag 4), hvor spørgsmål og tematiske dimensioner blev opstillet. Ifølge Poulsen (2019) er det gennem interviewguiden muligt at styre interviewet til en vis grad ved, at de centrale emner vil blive gennemgået. Samtidigt tillader designet, at der er plads til fleksibilitet i forhold til at ændre på spørgsmålskronologien og formen. På den måde kunne vi forfølge interviewpersonernes meninger, holdninger og historier, selvom de bevægede sig i et uventet spor. Fleksibiliteten i forhold til at generere opfølgende spørgsmål og sikre os korrekt forståelse af udsagn blev herved øget. Dette frirum til at forfølge samtalen har desuden været medvirkende til, at fortolkningsarbejdet startede allerede under selve interviewet og ikke først i analysen (Poulsen, 2019).

5.3.3.4 Interviewguides

I forbindelse med udarbejdelsen af vores interviewguides, har vi på baggrund af vores inspiration fra kritisk realisme og den forståelse der er af, at forskeren er fejlbarlig (Buch-Hansen & Nielsen, 2012), været ekstra opmærksomme på udformningen af spørgsmålene. Da vi tydeligt er præget af en vis forforståelse på feltet, har vi derfor arbejdet eksplicit på at udforme spørgsmålene så åbent som vi fandt det muligt, for ikke blot at reproducere vores forforståelser. Det var både med hensyn til at forblive inden for emnefeltet, men samtidigt at kunne være åbne overfor nye horisontudvidelser. Således beskriver Brinkmann og Tanggaard (2020), at der må være en grundlæggende viden inden for feltet for at man kan udforme de rigtige spørgsmål, der kan give brugbare svar til forskningen, men at

der deri også ligger en risiko for at blive for lukket omkring sin egen forforståelse. Det bliver derfor en udsøgt balancegang mellem allerede eksisterende viden og tilegnelsen af ægte ny viden.

Til interview med sundhedsplejerskerne i de to forskellige kommuner, benyttede vi den samme interviewguide. Til hhv. Kompetencecentret og Videncentret producerede vi to særegne spørgerammer (bilag 9). De fremstår i bilaget som mere strukturerede spørgerammer, hvilket grunder i, at Kompetencecentret ønskede at få spørgsmålene tilsendt på forhånd. Vi måtte også reducere kraftigt i den først udformede spørgeramme til dem, da de kun indvilligede i et interview på 30 minutter frem for de 60, som vi havde håbet på. En effekt, dette havde på vores empiriskabelse var, at vi i et mindre omfang tillod os selv at forfølge fortællinger, der ikke svarede direkte på vores allerede konstruerede spørgsmål. Derved er vi måske gået glip af nogle nuancer, der kunne have været givtige i forhold til den videre analyse. Spørgerammen for Videnscentret blev udarbejdet under tidspres og fremstår derfor ligeledes struktureret i bilaget.

Interviewguiden til sundhedsplejerskerne blev delt op i hhv. tematiske emner, forskningsspørgsmål, hovedspørgsmål og underspørgsmål. Underspørgsmålene var ment som supplement til interviewerens for at kunne holde samtalen i gang, skulle det blive en udfordring. Underspørgsmålene var yderligere tænkt som en rettesnor, i tilfælde af at interviewdeltageren fik bevæget sig væk fra emnet, således havde interviewerens mulighed for at guide samtaleens fokus tilbage. Derved kunne vi sikre, at svarene fra vores interviewpersoner bevægede sig nogenlunde inden for samme ramme. Interviewguiden starter med indledende spørgsmål fortrinsvist rettet mod interviewpersonernes baggrund. Dette er spørgsmål, der er relativt lette at svare på og hjælper således interviewsituationen godt i gang med etablering af en tryk atmosfære (Poulsen, 2019). Forskningsspørgsmålene er dem, vi overordnet ønskede at få belyst, men omend de anses som værende et særdeles anvendeligt arbejdsredskab for forskeren, er de sjældent særligt brugbare i en interviewsituation (Tanggaard & Brinkmann, 2020). Derfor formulerede vi spørgsmålene til interviewpersonerne, så de var letforståelige og udformet i et mere dagligdags sprog end forskningsspørgsmålene. Hovedspørgsmålene i interviewguiden blev etableret, så de kunne medvirke til at fremme en positiv interaktion, hvor interviewpersonen fik lyst til at dele deres oplevelser og samtalen kunne holdes i gang (Tanggaard & Brinkmann, 2020). De er udarbejdet med det formål at opfordre deltageren til at besvare spørgsmålene frit og derved

bidrage med relevant information. Derudover har det været vigtigt for os at være opmærksomme på hvordan spørgsmålene blev stillet, samt at disse var klare og lette at forstå, da det er afgørende for udfaldet af interviewene. Kvaliteten af analysen afhænger på den måde af den producerede data (Kvale & Brinkmann, 2015).

I produktionen af alle tre spørgerammer, har vi været opmærksomme på, at vores spørgsmål ikke skulle opfattes som fejlfinding eller at deltagerne skulle eksamineres i, om de havde den rette viden. Dette især i forhold til vores normative standpunkt. Det har derfor været væsentligt at vurdere spørgsmålene ud fra, hvorvidt de kunne virke anstødende eller på anden vis personligt udfordrende (Kristensen, 2019).

Ved de forskellige interviews benyttede vi os ikke af samme spørgeskema, da de forskellige interviewpersoner er indlejret i forskellige sociale praksisser, og vi ønskede indsigt i hver af disse kontekster. Dog kan dette også betyde, at vi kan have overset ligheder og forskelle mellem dem pga. de forskellige spørgerammer. Dog omhandler de alle det samme overordnede emne, og var alle genereret på baggrund af vores problemformulering og arbejdsspørgsmål. Yderligere har vi i vores empiribearbejdning også fundet sammenhænge og forskelle de forskellige interviews imellem og anser således vores empiriskabelse som relevant, for at kunne analysere på årsagssammenhængene.

5.3.3.5 Udførelse af interviews

Vores første interview var af de to sundhedsplejersker i Brøndby Kommune. Dette foregik på deres arbejdsplads. I vores præsentationsbrev havde vi ikke beskrevet vores faglige baggrund, og op til interviewet diskuterede vi hvorvidt vi skulle præsentere dette i forbindelse med interviewet, især mhp. Maj-Brits ekspertfunktion og faglige ståsted. Diskussionen gik på, at vi ikke var sikre på, om det ville virke som en begrænsning i forhold til, om sundhedsplejerskerne ville opleve, at deres arbejde skulle vurderes. Vi endte med at rene linjer ville være at foretrække. Vi fik da også oplevelsen af, at præsentationen af vores faglige baggrund, snarere end at virke som en hæmsko for indhentning af viden, forekom at være en styrke. Vores fornemmelse var, at de to sundhedsplejersker kunne relatere mere til vores faglige baggrunde som henholdsvis sygeplejerske og ergoterapeut, end som kandidatstuderende på et universitet. Vi oplevede derfor en tættere forbundethed, og en vilje fra sundhedsplejerskerne til at dele deres faglige synspunkter, i og med at vi fremstod som

nogle der i højere grad forstod deres sundhedsfaglige kontekst. Genkendelsen blev derfor en styrke for os. Derudover gjorde vi os stor umage med at understrege, at vi ikke ønskede nogle bestemte svar, men at vi var nysgerrige på deres unikke beskrivelse af deres faglige virke.

De efterfølgende interviews blev udført online via Microsoft Teams, hvilket var et ønske og en betingelse fra de resterende interviewpersoner. Dog kan denne betingelse have gjort det sværere for os at tolke interviewpersonernes kropssprog, samt danne os et indtryk af konteksten for deres arbejde. For at sikre størst mulig ensartethed i interviewmetoden, valgte vi, at Maj-Brit skulle være den primære interviewer i alle interviewene og at Sofie supplerede med opfølgende spørgsmål, holdt øje med tiden og skrev ned, hvis der var særlige omstændigheder eller begivenheder, der fandt sted i løbet af interviewene, som kunne have indflydelse på svarene.

Alle interviewpersonerne fik mulighed for at vælge, om de ville fremstå slørede eller ej i det skriftlige materiale, samt om de ønskede citaterne til godkendelse eller ej. Som nævnt valgte kun én af sundhedsplejerskerne, at fremstå sløret, men både Kompetencecentret og sundhedsplejerskerne i Brøndby valgte at få citaterne sendt til godkendelse. Alle de tilsendte citater blev godkendt, på nær ét fra Brøndby, som vi blev bedt om at slette grundet ordlydens karakter.

5.3.3.6 Opfølgende spørgsmål

Alle interviewpersonerne gav tilsagn til, at vi måtte stille opfølgende spørgsmål via e-mail efter interviewene. Dette benyttede vi os af, ved at skrive til sundhedsplejerskerne i begge kommuner på baggrund af interviewet med neonatalsygeplejerskerne fra Videncentrets ekspertgruppe. Dette var med formålet at finde ud af, om sundhedsplejerskerne havde kendskab til Videnscentret og deres hjemmeside, hvor information om børn med suttevanskeligheder forefindes. Desuden skrev vi også en e-mail til Ragnhild Måstrup, på opfordring af neonatalsygeplejerskerne, med opfølgende spørgsmål de ikke havde kunnet svare på, i forhold til opkomsten og tilrettelæggelse af arbejdet i Videnscentret. Disse svar, har vi ligeledes fået lov til at benytte i specialet.

5.3.3.7 Bearbejdning af data

Interviewet blev, efter aftale med vores interviewpersoner, optaget dels via Microsoft Teams og/eller optagelser via lydoptagere på to mobiltelefoner. Alle interviewene blev transskriberet,

for at sikre kildemæssig transparens (Jensen & Kvist, 2019). Dette gjorde vi ved at gengive lydfilen ordret, og inkludere alle former for afbrydelser, pauser og fyldord. Vi foretog dette valg, for at der skulle gå så lidt mening tabt i oversættelsen fra tale- til skriftsprog som muligt, hvilket også er ønskværdigt ved lingvistiske analyser (Poulsen, 2019:110). For at ensrette transskriptionen, gjorde vi brug af en transskriptionssnøgle (bilag 10). Efter projektets afslutning vil optagelserne og transskriptionerne blive slettet efter gældende regler fra persondataloven (GDPR, u.å), hvilket vi ligeledes gjorde interviewpersonerne opmærksomme på.

Efter transskriptionen af hvert interview, noterede vi vores første indtryk. Derefter læste og lyttede vi materialet igennem flere gange for at danne os et overblik og påbegyndte en datadreven kodning, dog med påvirkning af vores tematiske opdelinger fra interviewguiderne. Kodningen medvirkede til at reducere kompleksiteten og systematisere interviewene i forhold til det videre analysearbejde (Poulsen, 2019). Vi markerede dernæst udtalelser, der vidnede om overordnede diskurser og praksisser på feltet og lod os altså her inspirere af diskursteorien, uden dog at lægge os fast på denne teoretiske retning. I praksis foretog vi en gennemgang af hvert enkelt interview for sig, og oprettede et dokument, hvor vi udtrak de citater, der fortalte os noget om det samme begreb. De fire dokumenter blev efterfølgende udskrevet, og vi sammenholdt derpå de udvalgte citater med hinanden på tværs af interviewene og overvejede hvilke, der ville kunne hjælpe os med at svare på problemformuleringen. Antallet af citater blev ved denne gennemgang reduceret yderligere. Derefter blev citaterne genindført i et samlet dokument, kodet i farver, så vi kunne kende dem fra hinanden, og kategoriseret under de begrebsmæssige temaer vi havde kodet os frem til. Herefter foretog vi endnu en indsnævring af relevante citater og arbejdede med at se, hvilke teorier vi kunne bruge til at udrede de bagvedliggende fænomener. Fænomener, der tilsammen i kontingente forhold, kunne være en forklaring på den praksis, der er for ammevejledning i dag og dermed de muligheder det spæde barn med oralmotoriske vanskeligheder har.

Vores mål vedrørende arbejdet med empirien var at lade empirien tale for sig selv og interviewene skulle dermed give anledning til at udvælge den teori, vi syntes var mest oplagt at bruge. Alligevel kan vi ikke se os helt fri for, at have været påvirket af vores allerede indlejrede forforståelser omkring arten af problemet. Nemlig det blik for, at strukturelle betingelser også kan være diskursivt medierede og den synergi der er mellem aktør og struktur, er medskabende på de praktiske omstændigheder.

5.4 Dokumentanalyse

Udover interview har vi valgt at medtage udvalgte politiske dokumenter i vores analyse. Det gør vi for at kunne lægge yderligere en dimension til vores analytiske blik, i forsøget på at belyse hvilke diskursive indlejring og strukturelle rammer, der er for opsporingen af dysfagi hos spædbørn. Dokumenterne blev udvalgt på baggrund af litteratursøgning på Google (bilag 2) og den viden vi havde akkumuleret gennem interviews. I udvælgelsen har vi særligt lagt vægt på, at de skulle kunne ses som styrende for den sundhedspolitiske rammesætning for spædbarnsområdet, og har derfor taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens udgivelser.

Vi har valgt at fokusere dokumentanalysen omkring to politiske styringsdokumenter, som vi vurderer har betydelig indflydelse på genstandsfeltets rammesætning. Det ene er *“Monitorering af vækst hos 0-5 årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger.”* (bilag 11), herefter benævnt Vækstmonitoreringsvejledningen, og det andet er Sundhedsstyrelsens bog, som Kompetencecentret er forfattere til, *Amning - en håndbog for sundhedspersonale* (bilag 12), herefter benævnt Amnehåndbogen. Vi har udvalgt områder i dokumenterne omhyggeligt med henblik på at illustrere analytiske pointer. Vi anser begge dokumenter som politiske styringsdokumenter, omend de ikke er juridisk bindende. Begge dokumenter fungerer som vejledning til ammevejlederes kliniske praksis i Danmark og kan derfor bruges til at undersøge hvilke repræsentationer af problemer omkring dysfagi hos spædbørn, der forefindes fra politisk side. Ud over de dokumenter vi har udvalgt til analysen, har vi orienteret os i andre relevante officielle styringsdokumenter, bl.a. *“Social Ulighed i Sundhed og Sygdom”* (Sundhedsstyrelsen, 2020), *“National klinisk retningslinje for undersøgelse og behandling af ankyloglossi hos ammede spædbørn”* (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020) og *“National Klinisk Retningslinje for Øvre Dysfagi”* (Sundhedsstyrelsen, 2018), da disse kan give os et makroorienteret overblik over de betingelser genstandsfeltet er indlejret i.

6. Teori og analysemetode

I dette afsnit vil vi først redegøre for vores eklektiske tilgang til valg af teori og analysemetode, samt hvorfor vi mener, at valget af de pågældende fremgangsmåder er relevante for analysen. Derefter uddyber vi de respektive teorier og analysemetoder, samt hvordan vi vil anvende dem.

Eklekticisme beskrives af Simo Køppe (2008) som værende en selektion af egenskaber ved genstandsområdet. Genstandsområdet beskrives som et realobjekt, der er en afgrænselig, faktisk og konkret entitet bestående af en ”uendelighed” af aspekter. Dette ser vi at være i overensstemmelse med vores og den kritisk realistiske tanke om de kontingente forhold på det dybe plan. Via den metodiske reduktion kan vi således gøre realobjektet til et erkendelsesobjekt. Denne konstituering af erkendelsesobjektet, ved at selektere i realobjektets egenskaber, er afgørende for, at vi kan studere det på et videnskabeligt plan. Køppe argumenterer for, at al videnskab undergår en eklektisk selektion, allerede i de metodiske overvejelser, ligesom udviklingen af selve videnskabsteorierne i sig selv ofte er skabt på baggrund af en eklektisk relation til andre teorier (Køppe, 2008). Det er jo fx gældende for kritisk realisme.

For at kunne forklare hvilke mekanismer der er i spil, når ammevejledere skal opspore og iværksætte tiltag for spædbørn med dysfagi, mener vi det er interessant at se på hvordan diskurserne virker i den sociale praksis. Måden sproget anvendes på, både i politik og i praksis, mener vi kan være med til at skabe muligheder og begrænsninger for den sundhedsfremmende indsats, der tilbydes.

Vi har valgt at anvende Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse (Fairclough, 2008) i kombination med Carol Bacchis *Whats the Problem Represented to be* (WPR) tilgang (Bacchi, 2009). Dette valg er foretaget reflekteret i det vi mener, at til trods for deres forskellige videnskabsteoretiske retninger, kan vi anvende dem som supplement til hinanden. De kan begge anskues som både diskursteorier og metoder, men tillægger sig henholdsvis en poststrukturalistisk (Bacchi, 2009) og en kritisk realistisk (Fairclough, 2008) videnskabsteoretisk overbevisning. Vi mener Bacchi kan give os en række konkrete spørgsmål at stille, når vi ønsker at analysere hvordan politiske problemer omkring sutteteknik og amning repræsenteres, og hvilke effekter dette kan have på muligheden for, at opspore og behandle dysfagi hos spædbørn. Til trods for Bacchis diskursive orientering,

mangler metoden et mere nuanceret sprogligt redskab til at underbygge den lingvistiske analyse, vi ønsker at lave. Til det kan Faircloughs begrebsapparat bruges. Bacchi ønsker også kun at belyse og problematisere, men jvf. hendes poststrukturalistiske tilgang, har hun ikke et normativt element med sig i analysen. Det har Fairclough til gengæld, og her åbner hans metode op for, at vi kan bringe vores egne emancipatoriske forestillinger med ind i analysen.

I det analysestrategiske arbejde tager vi med denne kombination begreber fra Faircloughs kritiske diskursanalyse ud af deres oprindelige kontekst og lader dem indgå i Bacchis WPR-tilgang. Selvom vi inddrager Faircloughs begreber i en ny kontekst, mener vi godt at kunne gøre dette uden, at der opstår konflikt mellem de kombinerede begrebers ontologiske antagelser. Med kombinationen er det vores hensigt at kunne få en forståelse af de diskurser og logikker, der ligger til grund for selve de politiske vejledninger, men især at se på hvordan diskurserne virker i praksis. Vi ønsker også, at se ud over diskurserne og sætte fokus på de rammebetingelser, der er indlejret i de sundhedsprofessionelles arbejde.

6.1 Carol Bacchi

Som nævnt ønsker vi at benytte os af Carol Bacchis WPR-tilgang, som er en politisk analysestrategi. Med WPR-tilgangen opererer Bacchi med ideen om, at enhver politik søger at løse et specifikt problem, men samtidigt repræsenterer politikken problemet på en bestemt måde og er derfor med til at forme problemet (Bacchi, 2009:31). Denne repræsentation er i sig selv med til at stille nogle grupper af mennesker bedre end andre og herved er der nogle, der ikke opnår samme fordele som andre, eller ligefrem kan risikere at blive værre stillet ud fra repræsentationen af problemet. Kernen i WPR-tilgangen drejer sig om social retfærdighed (Bacchi, 2009) og til trods for at Bacchi selv ikke ønsker at bringe sit eget normative syn ind i analysen, mener vi alligevel den sociale retfærdighed taler ind i den normative agenda, vi ser os drevet af i dette speciale. Målet om at udfordre de gængse repræsentationer af problemer, der kan lede til at visse grupper udsættes for ulighed i sundhed, lader sig udfordre med denne tilgang (ibid). Vi anser derfor, at muligheden bliver præsent, for at råde bod på den skade, disse fastfrosne repræsentationer kan lede til.

Bacchi indskrives sig i en poststrukturalistisk tilgang med inspiration fra Michel Foucault i tilegnelsen af viden om verdens beskaffenhed (Bacchi, 2009:37). Dette afviger fra vores

inspiration fra den kritiske realisme. Hvad det kan betyde, vil vi granske nærmere i dette og det følgende afsnit.

Poststrukturalisme kan i sagens natur være svær at beskrive entydigt, idet både dens ophav og adskillige teoretikere sidenhen har bidraget med forskellige karakteriseringer af den poststrukturalistiske tænkemåde. Vi vælger derfor at benytte os af Christel Stormhøjs (2006) udlægning og definition heraf, idet hun i sin bog *Poststrukturalismer – videnskab, analysestrategi, kritik*, beskriver at blandt andre Carol Bacchi er en af de seneste generationer af poststrukturalister, som Stormhøj støtter sig til når hun anvender poststrukturalistisk tænkning i hendes egen forskning. Stormhøj (2006) beskriver, at poststrukturalisme ikke er en erkendelsesteori i gængs forstand, men at man snarere kommer længst med at beskrive den som en antifundamentalistisk dialog. Herved forstår vi det som, at poststrukturalismen ikke bekender sig til et specifikt grundlag for vidensfrembringelse og dermed ikke kan beskæftige sig med forudsætningerne for frembringelse af endegyldig viden. Derimod udspringer poststrukturalismen af en drejning hen imod sproget, ikke bare som et neutralt og transparent medium, men som en aktivitet, der i sig selv skaber mening. Dog mener Bacchi ikke, at man udelukkende kan anskue verden gennem sproget. Hun mener, at diskurser former en praksis, og at de får ting til at ske, og at man derfor ikke skal undervurdere sprogets andel i konstruktionen af verden (Bacchi, 2009:35). Med dette mener vi, at Bacchi muligvis læner sig mere op ad kritisk realisme, end hun selv tilkendegiver.

Ligesom ved kritisk realisme beskrives et markant kendetegn ved poststrukturalisme at være tværdisciplinaritet, og således henter den sine begreber og discipliner i forskellige paradigmer eksempelvis strukturel sprogteori og analytisk filosofi (Stormhøj, 2006). Ligeledes deler disse to retninger det kritiske potentiale inden for samfundsforskning, idet poststrukturalismen søger at opspore sedimenterede og institutionaliserede grænsesætninger, samfundet orienterer sig imod. Disse vil altid være kontingente og således åbne for en anden orden (ibid). Her beskriver Bacchi (2009:272) at hendes mål med WPR ikke er at komme med en løsning på eventuelle problemer, men at give et værktøj til at problematisere hvordan selve tænkningen i problemløsningen, skaber bestemte grundvilkår.

Poststrukturalismen afviser ikke den kritiske realismes forfægtelse af en ontologisk realisme, men idet betydning og mening for samfundsvidenskaben kun kan findes i diskursivt konstituerede fremtrædelser, kan erkendelsen af virkeligheden ikke frembringes uden om disse, således bliver den virkelige virkelighed uden betydning (Stormhøj, 2006). Dette er

modsat vores ontologiske forståelse, idet vi anser at strukturelle betingelser der ikke er diskursive kan erkendes ved at se på hvorledes forskellige logikker spredes, opretholdes og destabiliseres i den sociale praksis.

WPR er blevet udarbejdet med henblik på at analysere politikker, hvilket vi også ønsker at gøre i dette speciale, men vi vil dykke yderligere ned i hvordan de repræsentationer af problemer der tydeliggøres i politikken påvirker ammevejledningen i praksis. Vi finder det derfor interessant at se på hvilke diskursive forståelser der kan ligge bag de repræsentationer af problemer med suttevanskeligheder, som adresseres i politiske styringsdokumenter og dermed er retningsgivende for ammevejledning og har en diskursiv indvirkning på opsporing og behandling af dysfagi hos spædbørn.

Bacchis beskriver diskurser som fiktioner, omend meget magtfulde fiktioner, idet deres status accepteres som sandheden, hendes definition lyder således "*Rather, discourses are socially produced forms of knowledge that set limits upon what it is possible to think, write or speak about a 'given social object or practice'*" (Bacchi, 2009:35). Derved bliver det i analysen nødvendigt for os at se hvordan diskurserne kan være produceret, og på den status diskurserne har i forhold til hinanden og hvilke grænsesætninger for arbejdet med opsporing af dysfagi hos spædbørn, det evt. kan skabe. Netop til dette formål er WPR analysestrategien anvendelig.

6.1.1 De 6 spørgsmål

Bacchis WPR-tilgang til analyse af politikker indeholder nedenstående seks spørgsmål, der skal bruges til at udrede problemstillingen.

1. What's the '**problem**' ... represented to be in a specific policy or policies?
2. What **presuppositions and assumptions** underlie this representation of the 'problem'?
3. **How** has this representation of the 'problem' come about?
4. What is left **unproblematic** in this problem representation? Where are the silences? Can the 'problem' be thought about differently?
5. What **effects** are produced by this representation of the 'problem'?
6. How/where is this representation of the 'problem' **produced, disseminated and defended**? How could it be questioned, disrupted and replaced (Bacchi, 2009).

Som Bacchi (2009) beskriver, er en del af disse spørgsmål sammenhængende og der kan forekomme en del gentagelse. Det er derfor ikke nødvendigvis en fordel at foretage en analyse ved slavisk at gennemgå politikken, ved hjælp af spørgsmålene fra 1-6. Ligeledes lægger Bacchi vægt på, at formålet med analysen altid vil være grundlaget for hvilket spørgsmål, der skal bære hovedvægten af analysen, og dermed er det heller ikke altid nødvendigt at benytte alle spørgsmålene i den givne analyse. Derved lægges der op til at WPR er en analyseform, der er alsidig og kontingent i forhold til sit undersøgelsesfelt (Bacchi, 2009).

6.2 Norman Fairclough

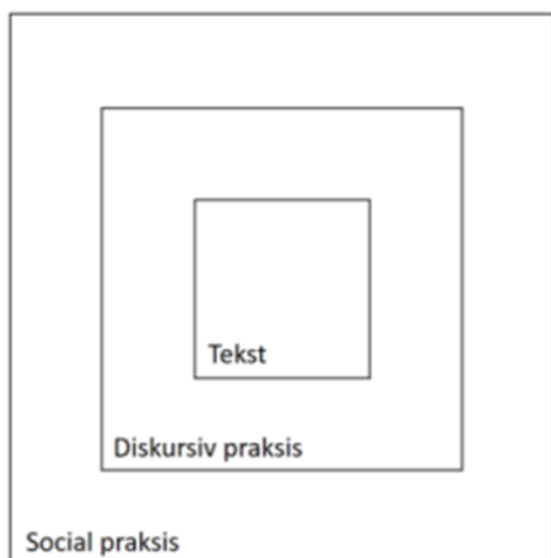
For at kunne få et mere nuanceret analyseværktøj til at gribe diskursanalysen an, har vi valgt at inddrage elementer af Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse. Vi vil anvende elementer af hans konkrete lingvistiske tekstanalyse til at systematisere analysen af de politiske styringsdokumenter, som er en del af vores empiri. Ud over at se på sprogbruget, anerkender Fairclough, at der findes en virkelighed uden for de diskurser, der består af tale, tekst og andre semiologiske systemer. Af den årsag har han tilføjet en social praksis til sin tredimensionelle analysemodel (Fairclough, 2008). Dette tydeliggør også hans realistiske ontologiske position, som han deler med kritisk realisme. Gennem hele sin karriere har Fairclough interesseret sig for politisk diskursanalyse og i modsætning til andre diskursanalytikere, tillader han at forskeren bringer et normativt aspekt med ind i analysen (Fairclough, 2013). Disse kritiske, normative elementer favner ligeledes vores forskerpositionering indenfor kritisk realisme, hvor vi tager udgangspunkt i et ønske om at skabe social forandring med afsæt i et normativt ideal. Hvor Carol Bacchis (2009) diskursive WPR tilgang giver os en række spørgsmål at stille, der kan hjælpe os til at forklare hvordan forskellige politiske repræsentationer af problemer kan være opstået, giver Faircloughs kritiske diskursanalyse os desuden en mere nuanceret lingvistisk analyseramme, som vi kan bruge til at sætte fokus på hvordan sproglige formuleringer både kan være *diskursskabende* og *diskursforandrende* (Fairclough, 2008:19-20). Med den kritiske diskursanalyse kan vi således undersøge, hvordan de politiske diskurser påvirker og påvirkes af de diskursive praksisser, vi finder i empirien. Det giver os ligeledes et analytisk greb, til at se på de dominansrelationer diskurserne skaber, og hvorledes dette øger eller mindsker uligheden mellem sociale grupper (Fairclough, 2008:46). Da vi har en normativ forforståelse om, at alle bør have adgang til lige

behandling, er vi interesserede i at se på, hvordan disse dominansrelationer ligeledes placerer eller fratager ansvar hos de enkelte aktører eller sociale grupper. Med kombinationen af Bacchi og Fairclough får vi mulighed for at give et samfundskritisk og nuanceret billede af, hvordan diskurserne kan bidrage til at skabe forandring for spædbørn med dysfagi.

Fairclough har forskellige definitioner af, hvad en diskurs kan være. Han ser dels diskurs som en abstrakt størrelse, der bredt definerer "*sprogbrug som social praksis*" (Jensen i Fairclough, 2008:10), som rummer bl.a. sprog, kropssprog og billeder, der indgår i sociale begivenheder og sociale praksisser. Dels ser han diskurs mere snævert som "*en måde at give betydning til erfaring fra et bestemt perspektiv*" (ibid) eller "*semiose som repræsentation og selv-repræsentation af social praksis*" (ibid), hvorved diskurserne tydeliggøres gennem personlige stilarter og repræsentationer (Fairclough, 2013:381). Dermed bliver sprogbruget som diskurs både en handling, der er socialt og historisk medieret og en handling, der kan påvirke omverden (Jørgensen & Phillips, 1999:74). For at analysere en diskurs mener Fairclough, at man bør fokusere på to dimensioner; den kommunikative begivenhed, som vil have forskellige karakteristika alt efter om det fx er en samtale, en lovtekst, eller en diskursordenen. Diskursordenen kan forstås som en normativ ideologi, der eksisterer inden for en social gruppering (Fairclough, 2008). I vores speciale kunne denne gruppering udgøre eksempelvis IBCLC'ere, Sundhedsstyrelsen eller sundhedsplejersker. Diskursordenen formes af det hierarki og de magtrelationer, der eksisterer i den sociale gruppering, og af hvorledes de pågældende ideologiske tankegange formår at blive naturaliseret (Fairclough, 2013:30), men de påvirkes også af de hegemonier der opstår i relation til omverdenens påvirkning (Fairclough, 2008).

6.2.1 Den tredimensionelle diskursmodel

Fairclough anser alle sprogbrug som kommunikative begivenheder, der har tre dimensioner. Disse tre dimensioner illustrerer han i en tredimensionel model (figur 1), som tilsammen udgør den kritiske diskursive analyse; Tekst, diskursiv praksis og social praksis. Han forener således tre analytiske traditioner; den beskrivende lingvistiske sprog- og tekstanalyse, den fortolkende mikro-sociologiske analyse af hvordan logikker og selvfølgeligheder opstår i den diskursive praksis, samt den ligeledes fortolkende makro-sociologiske analyse af social praksis (Fairclough, 2008:28). De følgende beskrivelser af dimensioner er alle hentet fra den danske oversættelse af Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse (Fairclough, 2008).



Figur 1: Den tredimensionelle diskursmodel (Fairclough, 2008:29)

6.2.1.1 Tekst

“Tekst” bruges i Hallidays brede betydning til at beskrive både mundtligt og skriftligt sprogbrug. I tekstanalysen stiller man skarpt på de særlige lingvistiske træk, der forekommer, og som er medvirkende til at konstituere genrer og diskurser. Ved at se på hvilke ord der anvendes og hvordan sætningskonstruktionerne er sammensat, kan man få en idé om hvilke logikker eller normative forestillinger, producenten af teksten har. I det Fairclough anerkender, at det enkelte individs fortolkning altid spiller en rolle, er det vigtigt at huske på hvem der producerer, distribuerer og konsumerer teksten, da disse personers ontologiske forståelser af verden spiller en rolle i fortolkningen (Fairclough, 2008:12). Det betyder også, at vi som forskere bringer vores egne forforståelser med ind i analysearbejdet. Dermed vil de nye forståelser, vi når frem til i specialet heller ikke kunne siges at være gældende for alle. Fairclough fremhæver, at opdelingen af tekst og diskursiv praksis er rent analytisk og derfor vil lappe ind over hinanden i analyseprocessen (Fairclough, 2008:35-45). Dette skyldes, at forholdet mellem teksten og den sociale praksis medieres af den diskursive praksis. Derfor kan ingen af dimensionerne ej heller stå alene.

Tekstanalysen kan organiseres under fire overskrifter: ordvalg, grammatik, kohæsion og tekststruktur. Ordvalg handler om, at de ord, producenten vælger at bruge, siger noget om, hvilken betydning denne person eller gruppe tilskriver verden. Særlige ord som skiller sig ud, kan være et udtryk for producentens aktive forsøg på at ændre den dominerende diskurs. Det kan også ses, som det Fairclough betegner som hegemoni, hvilket vi vender tilbage til i beskrivelsen af social praksis. Grammatik handler om de grammatiske valg, der træffes, fx hvor i sætningen et subjekt placeres. Placeres det i starten af sætningen tilskrives det i mange tilfælde mere magt end i slutningen af sætningen. Kategorisk modalitet er ord som eksempelvis ”skal”, som bruges, når man vil slå et udsagn fast, fremfor at give plads til andre muligheder, hvilket ordet ”kan” ville kunne. Med kohæsion kan man se hvilke ord der bruges til at kæde ledsætninger sammen til sætninger og længere tekstsekvenser. Dette kan give os et redskab til at undersøge eksempelvis sætningers argumentative struktur ved brug af fx ”derfor” eller ”til trods for”. I tekststruktur undersøges de mere overordnede organiserende egenskaber, der ligger i teksten, fx hvilke antagelser om videnssystemer, sociale relationer og sociale identiteter, der fremkommer i teksten. Begreberne intertekstualitet, udsagnskraft og kohærens er de tre sidste overskrifter i det analytiske koncept, men de bruges primært i analysen af diskursiv praksis frem for i selve tekstanalysen. Derfor præsenteres de i det følgende.

6.2.1.2 Diskursiv praksis

Diskursiv praksis består af de processer der foregår i produktionen, distributionen og konsumtionen af sprogbrug. Derfor er de også afhængige af de normative forforståelser, der ligger hos de forskellige aktører. En analyse af diskursiv praksis bør ifølge Fairclough indeholde perspektiver fra både mikro- og makroniveau, for at kunne nå frem til en forståelse af, hvorledes de pågældende udsagn er blevet til. Sammenholdt med Bacchis WPR tilgang, giver denne dimension os en mere mikroorienteret tilgang til hvordan og hvorfor producenten bruger særlige sproglige måder til at understrege pointer, logikker og diskursordener. Analysen tager her udgangspunkt i de samme komponenter som tekstanalysen, men tilføjer *udsagnskraft, kohærens og intertekstualitet*.

Udsagnskraft kan være fx at give en ordre, true med noget, love noget eller spørge om noget. Udsagnskraften er ikke altid helt let at tyde for konsumenten, idet den kan fremstå ambivalent. Teksters kohærens handler om, hvordan to sætninger kobles sammen uden et argumenterende

bindeled (kohæsion). Intertekstualitet er centralt i den kritiske diskursanalyse, da man her kan få en fornemmelse af hvilke andre tekster, betydninger og diskurser et sprogligt udsagn bygger på. Hvis en specifik tekst refereres direkte kaldes det manifest intertekstualitet og hvis den ligger mere implicit kaldes den konstitutiv intertekstualitet. I sidstnævnte ligger også en vis prioritering af diskursordener, hvilket Fairclough beskriver som interdiskursivitet. Heri kan vi få mulighed for at inddrage historicitet og makroorienterede påvirkninger af de logikker eller diskursive forståelser der er indlejret i det sociale netværk som sprogbruget forekommer i. Interdiskursiviteten kan altså sammenlignes med WPR tilgangens punkt, der omhandler, hvorfor særlige repræsentationer er opstået.

6.2.1.3 Social praksis

Social praksis er den sociale kontekst, som den kommunikative begivenhed er indlejret i. Her undersøges både de rammer der er skabt af ikke-diskursive strukturer, samt hvordan forholdet mellem den diskursive praksis og social praksis er. *Hegemoni* og *ideologi* er centrale aspekter, der fremkommer i denne dimension, og dermed indeholder den sociale praksis i høj grad en mulighed for at se på, hvordan dominansrelationer opretholdes eller destabiliseres. Hegemoni betyder dominans og lederskab, hvilket Fairclough anser som en magt, der findes i de fleste samfundsstrukturer. Han beskriver ligeledes, hvordan mange diskurser bæres af hegemoniske kampe i bestemte institutioner, og at begrebet således kan anvendes til at undersøge politiske og ideologiske dimensioner af diskursiv praksis.

7. Analysestrategi

Vi har valgt at lade analysen tage afsæt i Faircloughs tre analytiske dimensioner *tekst*, *diskursiv praksis* og *social praksis*, med udgangspunkt i de begreber der er præsenteret i teorien. Ifølge Bacchi bør kritiske spørgsmål stilles allerede i starten af analysefasen (Bacchi, 2009). Derfor vil vi løbende gennem analysen inkludere spørgsmål fra Bacchis WPR tilgang. Således vil den sociale praksis og dermed den kontekst, de sproglige udsagn er produceret i, blive tydeliggjort fra starten. I vores brug af Bacchis analysestrategi, vil vi fokusere på hvilke repræsentationer vi finder af problemerne omkring amning og sutteteknik, samt hvordan dette hænger sammen med opsporing og behandling af dysfagi hos spædbørn. Sidstnævnte udgør således Bacchis spørgsmål om hvilke effekter repræsentationerne kan have. Til at forklare sammenhængene, vil vi dog løbende reflektere over de andre spørgsmål i Bacchis analysemetode.

Selve analysen deles op i to dele. Den første del består af en dokumentanalyse af den empiriske data, vi har udvalgt i de politiske styringsdokumenter, som er beskrevet under metodologi i afsnit 5.4 Dokumentanalyse. Den opdeles i underoverskrifterne *Politiske og faglige rationaler*, *Anbefalinger* og *Løsningsforslag*. Disse overskrifter er konstruerede af os ud fra vores tolkning af de meningsbærende rationaler, der hegemonisk synes at dominere de politiske styringsdokumenter, samt en analytisk erkendelse af, at der lader til at være forskelle på, om Sundhedsstyrelsen anbefaler eller foreslår tiltag. Efter dokumentanalysen følger en delkonklusion, som kredser om de effekter, de forskellige politiske repræsentationer af problemerne kan have, samt hvorfor de kan være opstået.

Den anden del af analysen, er en analyse af den empiriske data, vi har skabt gennem interviews. Den er opdelt i overskrifterne *Kontrastfyldte rationaler i praksis*, *Tværsamarbejde*, *Strukturelle rammer* og *Effekter af repræsentationer*. Disse overskrifter har vi konstrueret ud fra de mest meningsbærende tematikker, vi har fundet i den datadrevne kodning. Dog stadig med intention om at fremhæve de elementer vi særligt anser påvirker de sundhedsprofessionelles muligheder, for at opspore og iværksætte tiltag for spædbørn med dysfagi. I analysen har vores normative ideologi om, at det er vigtigt at italesætte barnets kompetencer og muligheder for at optræne disse, derfor også spillet en rolle for konstruktionen af overskrifterne og de diskurser vi har fået øje på.

Vi vil kontinuerligt diskutere fundene gennem hele analysen, og da vi ønsker at opnå viden på det dybe domæne, vil analysen bære præg af WPR-tilgangens spørgsmål om, hvordan de forskellige logikker og diskurser kan være opstået. Derfor vil vi også løbende inddrage litteratur og perspektiver, som ikke nødvendigvis er præsenteret tidligere i specialet.

8. Analyse

Vi vil nu analysere de empiriske data. Første del er som nævnt en dokumentanalyse og anden del er en analyse af empiri skabt gennem interviews. Efter analysen følger en konklusion og en afsluttende perspektivering.

8.1 Analyse af politiske styringsdokumenter

Vi har udvalgt tre områder i Ammehåndbogen (Bilag 12), og et område af Vækstmonitoreringsvejledningen (bilag 11), som vi mener giver os et fint billede af, hvordan prioritering og dermed repræsentation af problemer med amning og sutteteknik kommer til udtryk. Vi vil fremhæve hvilke diskurser vi finder i dokumenterne, hvordan de kan være opstået og hvilken effekt diskurserne kan have.

8.1.1 Politiske og faglige rationaler

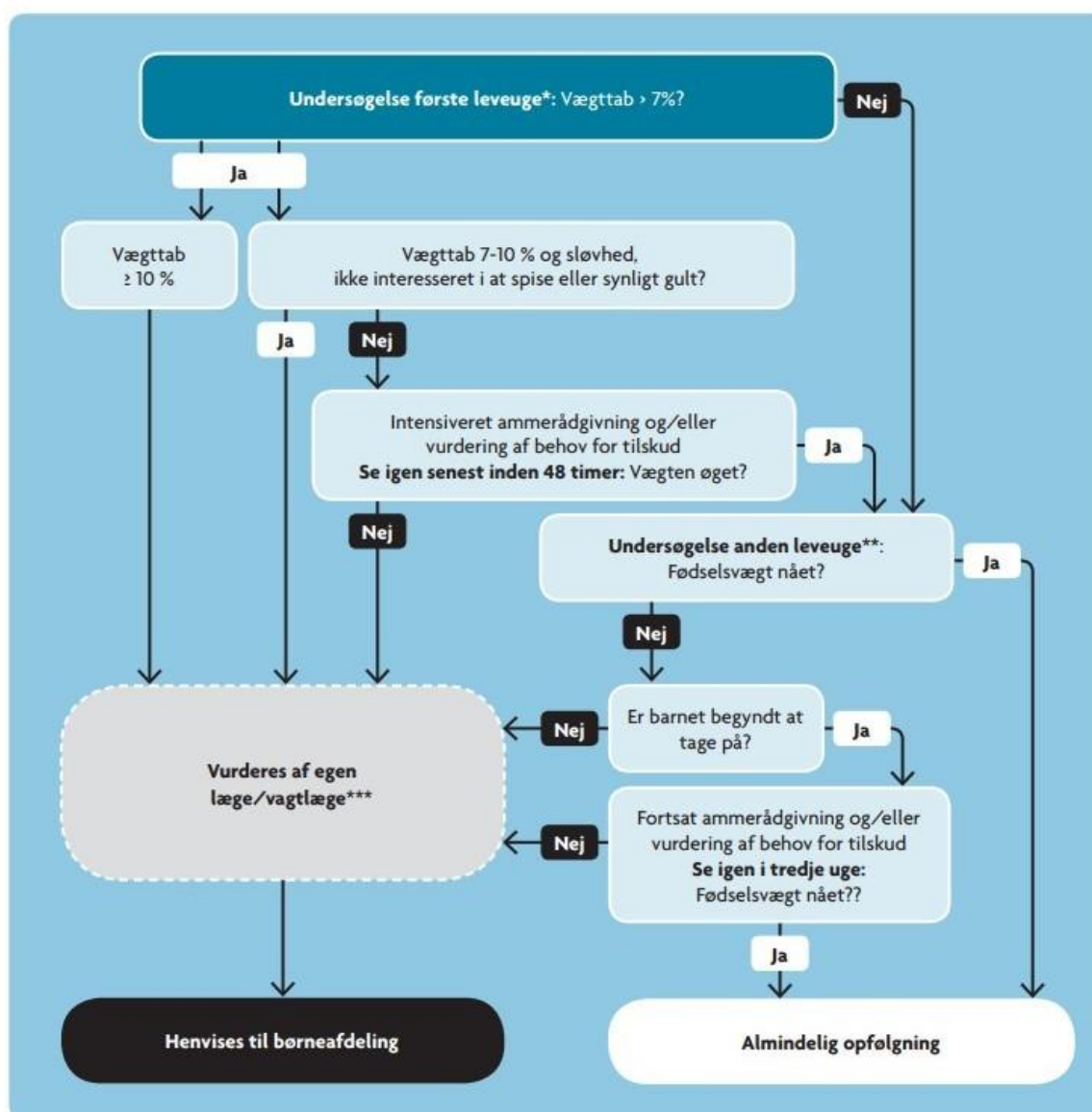
Ammehåndbogen er bygget op omkring evidensbaseret viden, som skal fungere som fagligt fundament for den ammevejledning sundhedspersonalet yder. Som vi vil vise i det følgende, synes der at være et psykosocialt rationale, som medierer diskurserne i bogen. I kapitel 2.3 i er beskrevet følgende:

Evidensbaseret vejledning, som inkluderer relevante teorier, har således vist sig at være mere effektive end vejledning, der er teoriløs [Bartholomew et al 2011]. Teorier udvælges på baggrund af de psykosociale faktorer, som ønskes påvirket. I ammevejledningen er viden og self-efficacy stærke psykosociale faktorer af betydning for ammevarigheden (bilag 12:27).

Vi ser her, at *psykosociale faktorer* fremhæves som en hegemonisk diskursorden, som er styrende for, hvilke teorier, der udvælges i den evidensbaserede vejledning. At det sproglige udsagn lyder; *psykosociale faktorer, som ønskes påvirket*, vidner om, at den sundhedsprofessionelle har en overordnet rolle i forhold til borgeren. Magten og kontrollen over hvad borgeren skal modtage af vejledning, styres altså af Sundhedsstyrelsen gennem den sundhedsprofessionelle, som således kan *påvirke* borgeren. Dette er et rationale, der kan spores tilbage til både managementstaten (Pedersen, 2004) og opkomsten af sundhedsplejerskefaget (DSR, u.å.). Da Sundhedsstyrelsen overordnede målsætning er, at flest muligt skal fuldamme i 6 måneder (Sundhedsstyrelsen, 2020), kan formuleringen *som ønskes påvirket* ses som et udtryk for en bureaukratisk top-down styret tilgang, som man kan se i managementstaten, hvor staten forsøger at styre borgeren (Pedersen, 2004). At ordvalg som *evidensbaseret* og *effektive* kædes sammen i sætningskonstruktioner, understreger at Sundhedsstyrelsen *ønsker effektivitet*. Altså vil de være sikre på, at de tiltag der anbefales i ammevejledningen, er nogle der virker. Dette kan afspejle en kausalitetstankegang, hvor den sundhedsfaglige indsats skal kunne måles og vejes (Krogstrup, 2016). Ligeledes kan det ses som målet om at fremelske en befolkning af samfundsnyttige borgere og altså ikke kun politik udarbejdet på baggrund af humanitære hensyn (DSR, u.å.). Sådanne logikker kan spores interdiskursivt i den konkurrencestatslige styringsform vi finder i New Public Management tankegangen, hvor evidensbaseret og årsags-virkningsmekanismer idealiseres (Pedersen, 2004; Lehn-Christiansen, 2016:33-34). Logikken kan beskrives som et styringsrationale, der traditionelt anvendes i den nordiske evalueringstradition af sundhedsindsatser (Krogstrup, 2016). Grammatisk tillægges ordet *evidensbaseret* stor værdi, i det ordet er placeret først i sætningen. Der angives en ekstern kilde til at underbygge det sproglige udsagn, hvilket kan have til hensigt at overbevise konsumenten om logikken i at følge producentens anvisninger om, at evidensbaseret vejledning er bedre end teoriløs vejledning. Det fremhæves yderligere, at psykosociale faktorer som *viden* og *self-efficacy* kædes sammen med ordet *stærk*. At disse faktorer beskrives med et ord som stærk, kan symbolisere en forståelse af, at der skal kæmpes for at ammevarigheden ikke afkortes ift. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hele omdrejningspunktet for ammevejledningen skal således være funderet i teoretisk, evidensbaseret viden med afsæt i at kunne påvirke psykosociale faktorer, som har betydning for ammevarigheden.

8.1.2 Anbefalinger

Sonderer vi styringsrationalet, der tager afsæt i kausalitetslogikken, som er beskrevet i forrige afsnit, kan vi se, at det der kan måles og vejes diskursivt lader til at præge flere af Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Et eksempel som i stor stil anvendes i sundhedsplejen og hos de praktiserende læger, er *“Monitorering af vækst hos 0-5 årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger.”* (bilag 11). I denne vejledning anses barnets vægt og højde som logiske måleparametre for barnets sundhed og trivsel. På side 19 er et flowdiagram (figur 2), som vi finder særlig interessant, da det fortæller os noget om de diskurser og logikker, der kan ligge til grund for, at nogle børn med dysfagi muligvis ikke opspores.



Figur 2 - Flow-diagram for vægtkontrol af nyfødte de første 2-3 uger efter fødslen (bilag 11:19)

Sundhedsstyrelsen vælger her at anvende ordlyden *ikke interesseret i at spise*. Ordvalget *interesseret* afspejler en intention eller en vilje hos barnet og lægger dermed ikke op til, at det kan handle om nedsat funktion i forhold til at kunne spise. Denne formulering kan muligvis være diskursivt medieret af de strømninger, der i 60'erne og 70'erne skabte en ændring i synet på barnet, således at barnets vilje nu spiller en større rolle (Sommer, 2023). I flowdiagrammet ses også, at det er udslagsgivende for, om barnet skal henvises til egen læge, vagtlæge eller børneafdeling, at barnet *både* har tabt sig og ikke er interesseret i at spise. Hvis barnet ikke er interesseret i at spise, men ikke har tabt sig, er løsningen fokuseret omkring ammerådgivning, som oftest vil gives af en sundhedsplejerske. Opsporingen af spisevanskeligheder, som kan bunde i dysfagi lader således til at være et lægeligt anliggende, som først er relevant, hvis der er et kvantitativt måleparameter, der angiver et vægttab på mere end 7%. Dette finder vi problematisk af flere årsager. Dels er mors mælkeproduktion hormonelt betinget de første to uger efter fødslen, hvilket betyder, at mælken oftest vil blive produceret i tilstrækkelige mængder, uanset om barnet sutter adækvat eller ej (Wambach & Spencer, 2021), og ud fra en subjektiv faglig vurdering mener vi mælken således godt kan overføres til barnet og medføre vægtøgning på trods af eventuel dysfagi. Dels er det spæde barn udstyret med reflekser som gør, at selve sutningen er styret af reflekser, som er aktive og hjælper barnet med at die de første 8-12 uger, hvorefter sutningen overgår til at blive mere automatiseret og afhængigt af sensomotorisk integration (Wambach & Spencer, 2021; Kamity et al., 2021). Det kunne derfor, efter vores mening, være interessant at overveje om en uopdaget mundmotorisk dysfunktion hos barnet, i nogle tilfælde først vil slå igennem som en manglende vægtøgning senere. Især med tanke på, at barnet efter de første 2-3 måneder ikke længere er hjulpet af sine medfødte neonatale reflekser og mors hormonelt betingede mælkeproduktion og dermed er mere betinget af dets egen evne til mælkeoverførsel.

Da vi gerne vil undersøge hvordan dysfagi opspores hos spædbørn, har vi søgt efter dette ord i Ammehåndbogen. Det forekommer ikke. Forklaringen på dette kan muligvis findes i ovenstående flowdiagram, hvor ammerådgivning er løsningen på problemet, så længe der ikke er problemer med barnets vægt. Barnets vægt ses altså som det hegemoniske sundhedstegn, der er afgørende for anbefalingerne. Først når barnet har problemer med vægten, anses det for at være sygt og dermed noget, der skal undersøges af en læge. Vi ser derimod, at ordet *sutteteknik* bruges 34 gange og *sutteteknikken* 5 gange. Det understreges flere gange i bogen, at det er vigtigt at sikre sig, at barnet har en god sutteteknik og metoder

til at opnå det, er at sørge for, at barnet har godt fat om brystet. På side 63 illustreres god og dårlig sutteteknik (figur 3).



Figur 3: Forskellen på god og dårlig sutteteknik (bilag 12:63)

Da bogen fungerer som et vejledningsdokument, vil det være naturligt, at en illustration som denne er tydelig og ikke efterlader plads til fortolkning. Overskriften er *God og dårlig sutteteknik*, hvilket tydeligt opdeler de to illustrationer i noget der er efterstræbelsesværdigt, og noget der ikke er. Når *god* placeres først, bliver denne komponent den mest magtfulde og altså efterstræbelsesværdige. Det er også værd at bide mærke i, at den forklarende tekst bruger nutidsform; barnet *har* fat, eller tungen *er* tilbage i munden. Disse eksempler kan anses som kategoriske modaliteter, som slår fast, at god og dårlig sutteteknik kan vurderes ud fra disse faktualiteter. At de har valgt at sætte subjektet *barnet* først i sætningerne, kan være et udtryk for, at de her er klar over, at barnet selv spiller en aktiv rolle. Der står eksempelvis ikke *brystvorten er placeret langt tilbage i barnets mund*. Dette ville i højere grad have indikeret, at den aktive handlingskomponent lå i brystet og altså hos mor. Her har vi således et eksempel på, at barnet diskursivt ses som en, der har betydning for amningen. Problemet omkring sutteteknik repræsenteres altså her til at have noget at gøre med, hvordan barnet har fat om brystet og hvor tungen placeres. Ser vi nærmere på nogle af de processer, der kan være foregået under tilblivelsen af disse illustrationer, bevæger vi os over i Faircloughs diskursive praksis. Her finder vi det interessant at stille spørgsmål 3 og 4 fra Bacchis WPR-tilgang om hvilke forforståelser og selvfølgeligheder, der kan ligge til grund for denne repræsentation af problemet, samt hvordan disse kan være opstået. Til at besvare disse spørgsmål kan vi bruge Faircloughs intertekstualitetsbegreb og er således også nødsaget til at se på hvilke diskurser

omkring problemer med sutteteknik, der flourer i samtiden. Derudover er det nødvendigt at overveje, hvilken social kontekst disse problemer er indlejret i. I det danske samfund synes der at være en tendens til, at potentialisering og bottom-up tilgange med fokus på individualisering samt den enkeltes eget frie valg og potentiale gennemsyrrer de nuværende politiske styringsstrategier (Andersen & Pors, 2014). Samtidig ses, at bureaukratiske aflejringer og top-down styring gennem juridiske lovdokumenter styrer forvaltningernes muligheder (ibid.). I denne kontekst finder vi en problematik omkring stramt tungebånd som har været aktuel i Danmark i efterhånden en del år (stramttungebaand, u.å.; Ellehauge et al, 2022). Der er et stort fokus på, at stramt tungebånd kan være årsagen til, at nogle børn har suttte vanskeligheder. Noget af det, der traditionelt set er blevet kigget på, når tungebåndet skulle vurderes, har været, hvorvidt barnet kunne række tungen ud over underlæben. Hvis ikke barnet kunne det, kunne barnet have stramt tungebånd og deraf dårlig sutteteknik (stramttungebaand, u.å.). Denne antagelse synes vi at kunne spore som en intertekstualitet i illustrationen om god og dårlig sutteteknik, som vi finder i Ammehåndbogen. Deraf kan muligvis afledes en hegemonisk diskursorden som antager, at dårlig sutteteknik har en sammenhæng med stramt tungebånd. Til at bakke denne antagelse op, vil vi fremhæve, at de samme forfattere som har skrevet Ammehåndbogen, i 2020 faciliterede et projekt, der havde til formål at ensrette vurderingen af stramt tungebånd og behovet for frenotomi (klip af tungebånd). Projektet mundede ud i en national klinisk retningslinje for stramt tungebånd (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020). I denne anbefales det at anvende undersøgelsesredskabet TABBY til at vurdere, om barnet har stramt tungebånd. TABBY bruges til at vurdere tungens placering i munden, men ser ikke på selve de funktionelle bevægelser i tungen (ibid). Altså har vi her to dokumenter, der er med til at fastholde en logik om, at sutteteknik handler om tungens *placering* i munden, og at det derfor er placeringen af tungen og ikke dens funktion eller barnets oplevelse man kigger efter. Anbefalingen i denne kliniske retningslinje synes at være nået bredt ud og er blevet implementeret som standard i Danmark, hvilket vi også kan se i de interviews vi har foretaget med praktikere (bilag 5:25, 7:19, 4:6). Hvordan vi vurderer, at denne vejledning også diskursivt er med at præge hvad især sundhedsplejerskerne har af handlemuligheder, vender vi tilbage til senere i analysen af interviewene.

Vi ser altså her problemet omkring sutteteknik til diskursivt at være præget af, at der er noget i spædbarnet, som har indflydelse på hvordan amningen forløber, men vi finder ingen specifik

vejledning til hvordan sundhedspersonalet kan opspore hvorvidt, der er tale om dysfagi hos spædbarnet.

8.1.3 Løsningsforslag

Da vi har valgt at se på hvordan dysfagi både opspores og hvilke tiltag der iværksættes for spædbørnene, finder vi det relevant at se på hvilke løsningsforslag Sundhedsstyrelsen foreslår til amning af børn med begrænset fysisk formåen, da vi mener denne gruppe ligger implicit i definitionen af dysfagi (Dansk Selskab for Dysfagi, 2022). Ifølge Bacchi vil det at se på løsningsforslagene, give os en større forståelse af hvordan problemet repræsenteres (Bacchi, 2009). I kapitel 11.2 i Ammehåndbogen beskrives hvad sundhedspersonalet skal bruge i deres ræsonnement til denne gruppe børn:

Børn med begrænset fysisk formåen skal hjælpes, så de bruger så lidt energi som muligt, når de sutter ved brystet. Syge og handicappede børn kan have svært ved at få godt fat om brystet og sutte effektivt, og mødrene kan have brug for ekstra hjælp til amningen. Ofte er det nødvendigt, at moderen stimulerer mælkeproduktionen ved udmalkning. Behovet afhænger af den konkrete situation. Men mange kan have gavn af tiltag, som gør det mindre energikrævende at få mælk fra brystet [...] (bilag 12:234).

I dette tekststykke ser vi, at der sættes lighedstegn mellem børn med begrænset fysisk formåen og syge og handicappede børn. Der er altså en indlejret logik om, at børn med begrænset fysisk formåen tilhører noget patologisk. Vi ser at ordet *skal* anvendes som en kategorisk modalitet, som fortæller den sundhedsprofessionelle, at disse børn skal hjælpes og indikerer således, at de på egen hånd er hjælpeløse. Mindre kategorisk bliver det, når ordet *kan* anvendes i forbindelse med mor. Mor *kan* altså have brug for ekstra hjælp til amningen, men det er ikke sikkert. Sætningskæderne rummer også kohærens, når følgende to sætninger kædes sammen af et *og*: *Syge og handicappede børn kan have svært ved at få godt fat om brystet og sutte effektivt, og mødrene kan have brug for ekstra hjælp til amningen.* Denne kohærens indeholder en logik, der kæder det at barnet har svært ved at få godt fat om brystet og sutte effektivt sammen med mors behov for ekstra hjælp. Der bruges vendinger som *ofte er det nødvendigt, behovet afhænger af den konkrete situation og mange kan have gavn af.* Disse sætningskæder giver plads til variation i ammevejledningen og står i kontrastfyldt modsætningsforhold til resten af bogen, som indeholder mange kategoriske modaliteter.

Vejledningen skitserer altså i dette afsnit en form for usikkerhed, og vi finder da heller ingen referencer til evidensbaseret viden, undersøgelser eller andet i dette afsnit, der kan bakke vejledningen op. Under ovenstående tekststykke er der i Ammehåndbogen beskrevet nogle tips i forbindelse med amning af børn med begrænset fysisk formåen (figur 4).

Tips i forbindelse med amning af børn med begrænset fysisk formåen

- Vis moderen, hvordan hun få mælken til at løbe lettere ved at stimulere nedløbsrefleksen, inden barnet lægges til, og amme med kompression.
- Vis moderen, hvordan hun kan støtte brystet godt, så det ikke glider ud af barnets mund.
- Vis moderen, hvordan hun kan støtte barnets hoved med hånden. Barnets krop kan støttes ved hjælp af puder eller ved at mor har barnet i en slynge eller bæresele, se figur 12 a [side 238](#). På den måde vil moderen også få en hånd fri, så hun bedre kan støtte brystet.
- Vis moderen, hvordan hun kan støtte både brystet og barnets hoved med 'ballarinagrebet', så barnet bliver stimuleret til at sutte og ikke glider af brystet, se figur 12 b [side 238](#).
- Vis moderen, hvordan hun kan stimulere andre af barnets medfødte neonatale reflekser. Ved at lade barnet have fast underlag under fødderne eller ved at barnet griber om hendes finger, kan sutterefleksen styrkes (fx ved tilbagelænet ammestilling, se [afsnit 6.5.1](#)).
- Foreslå evt. moderen at bruge en suttebrik, da den kan stimulere barnets sutterefleks kraftigere.

Figur 4: Tips til amning af børn med begrænset fysisk formåen (bilag 12:234)

Overskriften tydeliggør, at der er tale om *tips*, hvilket kan ses som muligheder de sundhedsprofessionelle har. Det kan også indikere, at der ikke findes en facitliste på hvad de skal gøre. Ser vi tekstanalytisk på de enkelte tips, kan vi se, at der er en gennemgående primær handlingskomponent hos den sundhedsprofessionelle, som henvendelsen sker til gennem ordet *vis*. Dette kan understrege betydningen af, at dette er et politisk

styringsdokument. Ordet *vis* kan tolkes som en kategorisk modalitet, som bruges til at afgøre, hvad den sundhedsprofessionelle skal gøre i denne situation. Den sundhedsprofessionelle *skal* altså vise moren hvad hun *kan* gøre. Brugen af ordet *kan* står altså i modsætning til den sundhedsprofessionelles forpligtelser, som vedkommende skal leve op til, for at kunne udøve sit hverv. Mor har derimod et valg i forhold til hvad hun ønsker at gøre for at amme sit barn. Med et sådant valg kommer også et ansvar. Det bliver altså implicit mors ansvar at træffe valget, som er afgørende for, hvorvidt amningen lykkes. Ser vi nærmere på selve handlingskomponenterne i ovenstående tips, ser vi at barnet beskrives som et væsen, der automatisk vil give et bestemt output på en given stimulation. Dette kan afspejle en kausalitetstankegang, som har rødder i et positivistisk biomedicinsk syn på sundhed, som altså stadig flourerer i vejledningen til trods for den psykosociale hegemoni. Barnet har altså *ikke* et valg. Det er helt afhængigt af medfødte neonatale reflekser og hvordan mor *vælger* at agere. Netop disse neonatale reflekser synes at være det, som barnet besidder. De anses således som noget, der bliver aktiveret udelukkende af udefrakommende stimuli. Styrken og koordinationen i selve barnets muskulatur eller hvordan automatisering af barnets færdigheder kan trænes, er ikke noget der italesættes i disse tips. Altså henvender disse tips sig til spædbørn, der har aktive neonatale reflekser, hvilket ville svare til den første korte periode af barnets liv, hvor *ammeetableringen* foregår (Wambach & Spencer, 2021; Kamity el al., 2021). Hvad der kan gøres, når disse neonatale reflekser ikke længere er aktive, er heller ikke noget vi finder svar på i vejledningen. Dette kan indikere, at der hersker en logik om, at så længe ammeetableringen lykkes, så bliver fuldamping muligt i 6 måneder, såfremt mor ønsker det.

8.1.4 Delkonklusion

Vi vil nu sammenfatte, hvad repræsentationen af problemer med sutteteknik medfører af effekter og deraf muligheden for at opspore og behandle dysfagi hos spædbørn. Vi har set at kvantitative måleredskaber og evidensbaserede kausalitetsstudier fra det biomedicinske rationale lader til at dominere Sundhedsstyrelsens anbefalinger i især Vækstmonitoreringsvejledningen, og at muligheden for at anvende viden, som ikke er af høj videnskabelig evidens, bliver vanskelig at forsvare og dermed at anvende i begge dokumenter. Vækstmonitorering fungerer som en logisk sammenhæng med barnets trivsel, hvorved barnets eventuelle ubehag, der er forbundet med at die, ikke italesættes. Ammehåndbogen er også bærer af biomedicinske rationale, men synes dog hegemonisk, at lade det psykosociale rationale vinde. Den evidensbaserede vidensdiskurs tager altså afsæt i to diskursordener, hvor

psykosociale virkemidler som self-efficacy diskursivt dominerer anbefalingerne i selve ammevejledningen. Dette kan meget vel være en effekt af, at opsporing af dysfagi hos barnet anses for at være et lægeligt anliggende, som kun aktiveres ved dievanskeligheder og samtidig afvigelse på vægtkurven. I Sundhedsstyrelsens vejledninger lader der således til at forekomme logikker omkring problemer med sutteteknik, som anerkender, at de kan stamme fra både den måde barnet sutter på og den måde barnet lægges til på. Da evidensen omkring hvad der kan skyldes dårlig sutteteknik hos barnet primært synes at være fokuseret omkring stramt tungebånd eller decideret patologiske forhold, bliver effekten således, at det er disse elementer, der fokuseres på at få udrett. Hvis ikke der kan diagnosticeres et stramt tungebånd eller noget andet der hører til i det biomedicinske rationale, er logikken, at den dårlige sutteteknik skyldes noget indenfor det psykosociale rationale, altså at mor gør noget forkert. Selve løsningsforslagene lader derfor til primært at udpege mor som ansvarlig for, om amningen lykkes, og den sundhedsprofessionelle kan derfor arbejde med Banduras self-efficacy-teori (Bandura, 1997), for at indgyde en tro i mor om, at hun godt kan. Således lader det til, at en diskursorden med afsæt i det psykosociale rationale vinder den hegemoniske kamp i Ammehåndbogens anbefalinger, omend der ses spor fra det biomedicinske rationale. En mulig årsag til dette kan være, at sundhedspolitikken siden Engel introducerede den biopsykosociale model (Engel, 1977) og WHO vedtog Ottawa-chartret i 1986 (WHO, u.å.), diskursivt er blevet medieret mere i retning af en psykosocial tænkning. Det kan være sket i kølvandet på den potentialiseringsstrategi (Andersen & Pors, 2014), som vi mener i højere grad muliggør, at forskellige diskurser eksisterer side om side, men som kan være medvirkende til at tegne et utydeligt billede af ønskværdige handlinger i ammevejledningen. De rationaler, som eksisterer i visse sociale grupper, eksempelvis sygeplejersker og sundhedplejersker, som forfatterne til Ammehåndbogen tilhører, får gennem potentialiseringsstrategien således større mulighed for at vinde indpas i den sociale praksis, og på den måde opponere mod det biomedicinske rationale, som så længe har domineret sundhedsvæsenets lægedominerede diskursorden. De hegemoniske kampe, der er foregået mellem det biomedicinske og det psykosociale rationale, kan i vores optik have affødt en prioritering af diskursordener, som har medieret Ammehåndbogens forfattere til at idealisere self-efficacy, som det bedste middel til at skabe forandring fra et bottom-up perspektiv. I denne bottom-up strategi ligger også et magtperspektiv, i og med det fortsat er staten der afgør, hvad borgeren har brug for, da det eksempelvis er Sundhedsstyrelsen, der bestemmer hvilke vejledninger, der skal inkluderes i Ammehåndbogen.

8.2 Analyse af interviews

I denne del af analysen vil vi undersøge, ikke alene hvad den enkelte sundhedsprofessionelle fortæller hun gør, men også hvordan disse handlinger kan finde sin forklaring i måden hvorpå forskellige strukturelle rammer, logikker og diskurser virker. Vi vil vi vise hvordan det psykosociale rationale, der følger repræsentationen af problemet om sutteteknik i Ammehåndbogen, overføres til den sociale praksis gennem interdiskursivitet, men at der også synes at være en massiv erfaringsdiskurs, som skaber brydninger i diskursordenen gennem hegemoniske kampe.

8.2.1 Kontrastfyldte rationaler i praksis

Sundhedsplejerskerne i Brøndby kommune beskriver, hvordan de i høj grad benytter sig af Ammehåndbogen, som redskab i deres daglige arbejde i sundhedsplejen og hvordan den ligeledes forventes at være læst og blive brugt af deres kolleger (bilag 5:17). De fremhæver også, at undervisningen de fik fra Kompetencecenter for Amning, som var et led i deres IBCLC certificering, er et vigtigt element ved at kunne udføre professionel ammevejledning (bilag 5:6-7). Olga, som ikke selv er IBCLC certificeret, mener, at IBCLC burde være en del af sundhedsplejerskeuddannelsen (bilag 4:4) og anerkender ligesom sundhedsplejerskerne i Brøndby, at Ammehåndbogen kan bruges som redskab i ammevejledningen. Hun foretrækker dog selv at spørge sine kolleger til råds, frem for at slå op i bogen og mener også hun selv er okay klædt på, til trods for hun ikke er IBCLC certificeret.

Olga: Nu kan man sige, at jeg har rigtig meget erfaring. Også i det hele taget, kan man sige ik'? Så jeg føler mig okay klædt på ude i familierne. Og jeg synes tit, selvom jeg kalder på en med IBCLC, så har jeg sagt det samme (bilag 4:4).

Her sidestiller hun altså sine egne kompetencer med dem hendes IBCLC certificerede kolleger har, og på den måde mener vi, at hun i et vist omfang devaluerer IBCLC. Hun trækker på en erfaringsdiskurs, som hun underbygger ved brug af den argumentative struktur i sammenkædningen af sætningerne. Kohæsionen består således af *selvom*, som kan udtrykke, at hun kalder på en IBCLC'er fordi den sociale orden tilskriver denne fremgangsmåde at være den mest korrekte. Det sproglige udsagn indeholder således også en vis hegemonisk kamp mellem erfaringsdiskursen og den evidensbaserede vidensdiskurs, som findes i IBCLC. I udsagnet kan vi også se, at hun siger; *så har jeg sagt det samme*. Dette kan være et udtryk for,

at hun bruger *Hands Off Technique* (HOT) i ammevejledningen, hvilket beskrives i Ammehåndbogen, som en teknik, hvor sundhedspersonalet primært vejleder mundtligt (bilag 12:101). HOT beskrives også som noget der “*øger moderens kompetence og giver færre problemer med amningen efter udskrivelsen*” (ibid), hvilket understreger, at den psykosociale diskursorden dominerer den repræsentation af problemer med sutte teknik, som fokuserer løsningsforslagene omkring self-efficacy hos mor. Denne diskursive forståelse af, hvad der virker i praksis, lader til at være gennemgående hos sundhedsplejerskerne. I Brøndby fortæller de:

Lotte: Åhh altså jeg, nogle gange, tænker jeg at det handler om at få mor til at slappe helt vildt af og ligesom se alt det barnet godt kan, i stedet for at have meget stort fokus på, nu går det ikke, og altså ja. Så hvis man kan få hende ind i den der stemning af, wow [sagt med hævet engageret stemme] hvor er det fint, altså, det der ja, du er der næsten, altså det synes jeg øhh øhm.

Gitte: Få mor til at tro på, at hun kan godt, hun kan (bilag 5:59).

Her bruger de begge verbet *at kunne*, hvilket har en sammenhæng med kompetencer. Det, der er iøjensaldende for os er, at de lader til gerne at ville have fokus væk fra *barnets* manglende kompetencer og drejer i stedet fokus hen på, at det er *mors* kompetencer, der er afgørende for om amningen lykkes eller ej. Det kan tolkes som en konstitutiv intertekstualitet fra Ammehåndbogen og en diskursorden, der er accepteret som en selvfølgelighed eller et logisk rationale i den sociale praksis. Repræsentationen af problemet omkring sutte vanskeligheder bliver således repræsenteret som noget, der ligger hos mor. Hvis hun bare formår at ændre sin indstilling, eller i det mindste lade sig guide til dette, så skal problemet nok forsvinde og så kan hun godt amme. Der bliver ikke sat spørgsmålstejn ved hvorvidt barnets evne til at die virkelig kan ændres ved at indgyde self-efficacy i mor. Det bliver derfor barnet og eventuelle udfordringer her, der efterlades uproblematisk. Om dette er intenderet eller ubevidst, kan vi ikke sige.

Logikken omkring HOT kan desuden ses som en modsætningsfyldt kontrast til manuel behandling, som eksempelvis sensomotorisk stimulation af tungen, som er en del af anbefalingen i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje (NKR) for øvre dysfagi (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Marianne fra Kompetencecentret fremhæver, at de har undersøgt evidensen bag manuel behandling af børn med suttevanskeligheder og at der er *“meget meget svag evidens”* (bilag 8:9). Dog er denne undersøgelse foretaget som et litteraturstudie i forbindelse med udarbejdelsen af NKR for stramt tungebånd (Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020) og vi vil problematisere, at en sådan konklusion omkring sensomotorisk stimulation af tungen hos spædbørn med dysfagi, drages på baggrund af et litteraturstudie til brug for børn med stramt tungebånd. Som fremhævet i problemfeltet, har Pados et al. (2016) dog ydermere problematiseret selve udviklingen og testningen af de undersøgelsesredskaber, der findes til evaluering af amning, herunder evaluering af spædbarnets mundmotoriske funktion. Samlet set kan sådanne undersøgelser formentlig fungere som noget, der er med til at fastholde den hegemoniske psykosociale diskursorden i ammevejledningen og dermed nedprioritere det biomedicinske rationale, som sensomotorisk stimulation af tungen hviler på.

I analysen af Ammehåndbogen har vi fundet, at årsager til dårlig sutteteknik *kan* findes hos barnet selv, i det bl.a. illustrationen om *“God og dårlig sutteteknik”* (bilag 12:63) indikerer en aktiv handlingskomponent hos barnet. Derfor bliver en effekt af denne repræsentation således også, at barnets sutteteknik bør undersøges. Både gennem vores interviews og den viden vi har opnået gennem forundersøgelser til specialet har vi fået en forståelse af, at der i Danmark ikke anvendes strukturerede kliniske undersøgelsesredskaber til at undersøge spædbarnets funktionelle mundmotorik, ud over dem der bruges til at undersøge for stramt tungebånd. Samtlige af vores interviewpersoner fra praksis italesætter TABBY som det redskab de bruger (bilag 5:25; bilag 7:19; bilag 4:6), hvilket jo også er det eneste strukturerede undersøgelsesredskab Sundhedsstyrelsen og den Nationale kliniske retningslinje for stramt tungebånd anbefaler at bruge (Sundhedsstyrelsen, 2023; Komiteen for Sundhedsoplysning, 2020). De tre sundhedsplejersker vi har interviewet, lader til at acceptere, at TABBY er et godt undersøgelsesredskab (bilag 5:25; bilag 4:6), men i Videnscentret udtaler Malene: *“[...] det er sgu ikke nok med den TABBY, der. Nej. Det er det, der er i forhold til Sundhedsstyrelsen, og til den gode gamle Ingrid på uddannelsen.”* (bilag 7:19). Malene har altså en oplevelse af, at TABBY ikke er tilstrækkelig i forhold til at vurdere barnets oralmotoriske kompetencer. I citatet finder vi også en erkendelse af, at der findes dominansrelationer, hvor Sundhedsstyrelsen og Ingrid Nilsson fra Kompetencecentret besidder stor magt i forhold til at beslutte, hvad der anses som relevant. Den udsagnskraft hun bruger kommer til udtryk gennem hendes personlige stil, hvor hun intertekstuel karrikterer *den gode gamle Ingrid* og *Sundhedsstyrelsen* som mastodonter, der har gode, men muligvis

forældede ideologier om hvad sand viden er. Her trækker Malene således sin erfaring fra neonatalafdelingen ind i overvejelserne omkring hvad hun mener er fagligt relevante rationaler. På denne måde italesætter hun en erfaringsdiskurs, som hegemonisk ikke vinder kampen i de dominansrelationer der findes i sundhedsvæsenet. Muligvis er det således mere Malene som ansat neonatalsygeplejerske, der taler højt her, frem for den Malene der som en del af ekspertgruppen i Videnscentret, potentielt set har mulighed for at påvirke hvad Ragnhild Måstrup og Videnscentret bør undersøge nærmere. At hendes personlige stil og udsagnskraften slår igennem her, kan muligvis skyldes den afslappede atmosfære, der var i interviewet, samt at Malene og Maj-Brit kender hinanden i forvejen. Når Malene påpeger, at TABBY ikke er nok, er det dog interessant, at Videnscentret ikke lader til at være opsøgende på hvilke muligheder der findes. Når vi spørger dem om de kender til andre oralmotoriske undersøgelsesredskaber får vi svaret:

Anne: Jeg møder ikke fagligt herinde på hospitalet nogen, der bruger det. Eller kender til det, for den sags skyld. Jeg er aldrig stødt på det.

Maj-Brit: Det er heller ikke noget, I taler om i Videnscentret?

Anne: Nej (bilag 7:20).

Her anvendes en høj grad af kategorisk modalitet. Anne er altså ikke i tvivl om, at de aldrig er stødt på andre oralmotoriske undersøgelsesredskaber. Dette er i tråd med interviewene med sundhedsplejerskerne (bilag 4:7, bilag 5:25), og også samme konklusion vi gjorde os i forundersøgelsen på facebook, som vi beskrev i indledningen. At de oralmotoriske undersøgelsesredskaber som findes internationalt, mangler adækvat udvikling og testning (Pados et al., 2016) betyder, at de ikke lever op til den standard af evidensbaseret viden, som den hegemoniske diskursorden i Sundhedsvæsenet prioriterer. Dette kan være en medvirkende årsag til at de ikke er blevet implementeret i dansk kontekst. At ingen af vore interviewpersoner lader til at kende til andre undersøgelsesredskaber end TABBY, finder vi dog problematisk, da dette således kan være med til at fastholde diskursordener og således hæmme den faglige nysgerrighed og udvikling på området.

Når vi spørger Anne og Malene ind til hvordan de eller deres samarbejdspartnere undersøger spædbarnets mundmotoriske forudsætninger, bliver det tydeligt, at de bruger det faglige skøn som erstatning for manglen på strukturerede undersøgelsesredskaber, som de mener burde være tilgængelige (bilag 7:20).

Malene: Øhm men i forhold til sutte, øh sutteevnen, det har vi ikke. Der har vi ikke redskaber. Der er det noget fintfølehed. Altså det, jeg vil sige, det faglige skøn, faktisk som vi bruger jo rigtig meget inden for sygeplejen, øh hvor vi mærker, fordi vi har så meget erfaring med de her, med det her med amning og de her komplekse børn, som vi jo arbejder med (bilag 7:19).

Her ses erfaringsdiskursen igen at slå igennem. Hun underbygger værdien i erfaringen ved at sige; *det faglige skøn, faktisk som vi bruger jo rigtig meget indenfor sygeplejen*. Hun forsøger således at legitimere, at erfaring og det faglige skøn bør anerkendes som gyldige rationaler, da de allerede udgør en stor del af det sygeplejefaglige virke.

Når nu Malene, som er en del af Videnscentrets ekspertgruppe anerkender, at et fagligt skøn har stor værdi og således illustrerer en hegemonisk kamp mellem erfaring og evidensbaseret viden, er det nærliggende at overveje, om der kan være andre mulige årsager end svag evidens, som er medvirkende til, at strukturerede oralmotoriske undersøgelsesredskaber til vurdering af barnets funktionelle sutteteknik ikke anvendes i Danmark. Det vil vi udforske i det kommende afsnit.

8.2.2 Tværsamarbejde

Noget af det, der er gennemgående for alle interviewene, er det tværprofessionelle- og tværsektorielle samarbejde. Netop tværprofessionelt samarbejde er beskrevet i litteraturen som noget der, alt efter hvilket rationale man har, kan bidrage til dels at problemløse, patientcentrere, professionalisere og systemoptimere sundhedsvæsenet (Lehn-Christiansen, 2016). I forsøget på at undersøge hvordan dysfagi opspores hos spædbørn og hvordan tiltag iværksættes, der kan forbedre deres mulighed for at die, er det således også interessant for os, at se på hvordan de forskellige faggrupper samarbejder omkring amning.

I forrige afsnit har vi fremhævet, at TABBY er det eneste strukturerede undersøgelsesredskab, der anvendes i forbindelse med vurdering af barnets sutteteknik og at vores interviewdeltagere ikke kender til andre undersøgelsesredskaber. I den forbindelse fortsætter Malene fra Videnscentret: *“Nej, der taler vi om, hvor vigtigt det er, at vi har det her samarbejde med ergoterapeuter. Når alle børn der har sutte vanskeligheder, de skal ligesom videre til den enhed”* (bilag 7:20). Det vi finder særligt tankevækkende ved dette citat, er når Malene fremhæver, at det, der er vigtigt for dem at tale om, er *samarbejdet* med ergoterapeuterne og samtidig fremhæver hun dem som en anden *enhed*. Her kan ordvalgene således understrege, at der forekommer en dikotomisk opdeling mellem dem og ergoterapeuterne. Netop det, at de faggrupper der primært arbejder med ammevejledning, altså sygeplejerskerne på hospitalet og sundhedsplejerskerne i kommunen, er organiseret og fysisk placeret et andet sted end ergoterapeuterne, er en fællesnævner for alle de praktikere vi har interviewet (bilag 5:12; 7:20; bilag 4:3). Malene fortæller her om hvordan hun forestiller sig, at ergoterapeuterne arbejder med den oralmotoriske undersøgelse og behandling.

På den måde tænker jeg, at de må have et eller andet, en eller anden form for struktur omkring det. Jeg kan godt blive i tvivl om, altså om de har en lille lomme ting, som de kan tage op. Det ved jeg ikke (bilag 7:20).

Når Malene her bruger den kategoriske modalitet *må have*, så giver hun diskursivt udsagnet den værdi, at struktur i undersøgelsen er efterstræbelsesværdigt. Hun reproducerer således den diskursorden, der findes i konkurrencesamfundet og den nordiske evalueringstradition, hvor det der kan kvantificeres, måles og vejes tillægges mest værdi (Krogstrup, 2016). Til trods for, at Malene udtrykker, at hun ikke ved, om ergoterapeuterne anvender struktur i deres undersøgelse og behandling, har både hun og Anne oplevelser af, at den ergoterapeutiske intervention virker. Anne: *“Det gør det hver gang.”* Malene: *“Ja. Det er meget sjældent, at det ikke har effekt”* (bilag 7: 13). Her anvender de begge kategoriske modaliteter, som understreger, at den ergoterapeutiske intervention har effekt. Her trækker de altså på en erfaring om, at samarbejdet med ergoterapeuterne har effekt på sutteteknikken hos de børn, der er indlagt på neonatalafdelingen. Denne erfaring lader dog ikke til at være noget, der videredistribueres gennem Videnscentret.

På Videnscentrets hjemmeside skriver de at "*Videnscentret indsamler, systematiserer og udvikler viden og erfaringer nationalt, herunder på Rigshospitalet hvor videnscentret er forankret, samt internationalt. Sammen med litteratursøgninger danner det baggrund for vejledninger om amning af børn med specielle behov*" (Rigshospitalet, u.å.). Her ses altså, at erfaringer, viden og litteratursøgninger danner baggrund for vejledningerne. Selvom Malene og Anne har erfaringer om, at ergoterapeutisk intervention virker fremmende for sutteteknikken, ser vi intet om dette på Videnscentrets hjemmeside. Deraf kan tolkes, at vægtningen af litteratursøgning og evidensbaserede studier af høj kvalitet tilskrives højere værdi end erfaringsdiskursen og det faglige skøn. Muligvis kan det også handle om, at hele Videnscentret og ekspertgruppen er monofaglig. I en mail til os, har Ragnhild Måstrup, leder af Videnscentret, uddybet hvorledes dette valg er foretaget:

På neonatalafdelinger varetages ammevejledning i overvejende grad af sygeplejersker, de er eksperterne. Det var således ikke et fravalg af andre faggrupper, men et fravalg af ikke-eksperter. I øvrigt havde nogle hospitaler dårlige erfaringer med, at fys eller ergo "ordinerede" flaske til præmature børn, hvis de ikke kunne die fuldt ved 34-35 uger PMA [red: Post Menstruations Alder] og/eller baserede deres løsninger på amerikansk litteratur (hvor det sjældent er angivet om man taler om fuld amning, fuld modermælksernæring på flaske eller ernæring med modermælkserstatning, men bare "feeding" (bilag 6:2-3).

Ragnhild bruger her kategorisk modalitet i sit sprogbrug til at understrege, at dem der varetager ammevejledningen, således også *er* eksperterne. Hun vælger også at bruge ordet *ammevejledning*, hvilket indikerer, at det er vejledning til den ammende, ikke vejledning til den diende. Diskursivt bidrager ordvalget til at fastholde diskursordenen om, at fokus er på mor, ikke på selve barnet. I udsagnet argumenterer hun således for, at eksperterne på området er dem, der arbejder med ammevejledning, ikke dem der arbejder med mundens og barnets kompetencer, eller eksempelvis dysfagi (Nielsen et al. 2022). Hun bruger kohæsionen *i øvrigt* til at underbygge og forsvare fravalget, når hun fortæller om erfaringer, hvor ergo- eller fysioterapeuterne har haft manglende indsigt i et præmaturnt barns formåen eller manglende indsigt i de forskellige definitioner af *breastfeeding* eller *feeding* som findes i litteraturen og derfor har truffet uhensigtsmæssige beslutninger, som har stået i vejen for amningen. Ragnhild indikerer således diskursivt, at eksperter i amning og eksperter i dysfagi er opdelt fra hinanden. Dette kan have en sammenhæng med, at eksperter i dysfagi primært har arbejdet

med det neurologiske eller geriatriske område (Nielsen et al. 2022; Philipsen et al., 2019). Det kan også være et udtryk for, at de forskellige faggrupper arbejder ud fra forskellige rationaler, hvilket vi tidligere har berørt i diskussionen om Hands Off overfor Hands On teknikker og således anser forskellige elementer som betydningsfulde for interventionen. Set ud fra Antonsichs begreb om “belonging” (2010), kan det også være et udtryk for et ønske om at fastholde en dominans eller en hierarkisk opdeling af professionerne, da et behov for at høre til kan skabe ejerskab og retfærdiggøre Videnscentrets fravalg af ikke-eksperter. Da Ragnhild Måstrup er den eneste, der er ansat i Videnscentret og den eneste, der er ansvarlig for hvilken viden der distribueres, kan hendes subjektive forforståelse omkring hvem der er eksperter og hvorfor lettere fastholdes i en hegemonisk diskursorden indenfor Videnscentrets rammer.

I analysen af Ammehåndbogen fremhævede vi bl.a. de tips der anbefales til amning af børn med begrænset fysisk formåen (bilag 12:234). I interviewet med Kompetencecentret, spurgte vi Marianne og Ingrid om hvad der ligger til grund for disse tips. Vi fik svaret, at de er taget fra Ragnhild Måstrups og Videnscentrets anbefalinger (bilag 8:7). Heri ligger altså en manifest intertekstualitet, hvor logikker omkring indsatser til denne gruppe børn ukritisk accepteres. Denne ukritiske accept kan muligvis også, i forlængelse af Antonsichs begreb (2010), hænge sammen med de enkelte aktørers ønske om at fastholde den hierarkiske placering i den sociale praksis. Ragnhild Måstrup er leder af Videnscentret, har en Ph.D grad og har skrevet sin afhandling om amning af præmature spædbørn, hvilket vi mener Kompetencecentret udtrykker, giver respekt ude i det etablerede sundhedsvæsen (bilag 8:9,10,13). Kompetencecentret anerkender således, at Videnscentret med Ragnhild Måstrup i spidsen, er mere kompetent til at anbefale tiltag til børn med begrænset fysisk formåen, end de selv er. Dette vender vi tilbage til i næste afsnit af analysen omhandlende de strukturelle rammer.

Ser vi på hvad der findes af evidens for, om oral stimulation til spædbørn har en effekt på sutte teknikken, finder vi udelukkende studier, der er fokuserede omkring præmature eller syge spædbørn. Et review af Greene et al. fra 2016, hvor 19 randomiserede forsøg er gennemgået konkluderer, at på trods af, at alle de inkluderede undersøgelser påviser, at oral stimulation nedsætter indlæggelsesvarigheden og antallet af dage, der går før barnet spiser eksklusivt gennem munden, samt nedsætter varigheden af antallet af dage, hvor der gives intravenøs indgivelse af næringsstoffer, bør man fortolke resultaterne med forsigtighed. Dette, da alle studierne har risici for bias og lav metodologisk kvalitet (Greene et al., 2016). Leder vi efter

studier fra Danmark, finder vi et randomiseret kontrolleret studie, der tilskrives høj evidens, som har undersøgt sammenhængen mellem ammevarighed og 14 dages oral stimulation udført af forældrene efter anvisning af en ergoterapeut på Hvidovre Hospital (Skaaning et al., 2020). Også dette studie er udført på præmature spædbørn. Studiet viser ingen signifikant forskel i ammevarighed mellem grupperne. Det der er interessant er, at selve stimulationsprogrammet tager udgangspunkt i stimulation, der kan desensibilisere munden og træne bl.a. *lateralisering* af tungens funktion. Dette er principper fra Facial Oral Tract Therapy (F.O.T.T.), som bruges til voksne med dysfagi, der har behov for denne funktion, for at kunne placere fast føde i siden af munden, og efter tygningen, placere det tilbage i midten af munden før et synk (Kjærsgaard, 2005). Denne lateralisering er endnu ikke udviklet hos spædbørn under 6 måneder, da disse, forenklet skrevet, kun har brug for at kunne åbne munden højt op, bevæge tungen frem og op i ganen, samt danne og fastholde vakuum, for at kunne die på et bryst (Kamity et al, 2021; Genna, 2017). Vi vil derfor problematisere, at dette studie vurderes til at have høj evidens, da selve validiteten af studiet kan betvivles. At problematikken omkring validiteten ikke synes at være en bevidsthed hos forskerne bag studiet, kan muligvis bunde i manglende viden om spædbarnets normale oralmotoriske udvikling, samt den mundmotoriske funktion der kræves, når det skal die på et bryst. I løbet af Maj-Brits undervisning i ergoterapeutisk ammevejledning, som vi byggede en del af vores forundersøgelse på, noterede vi os ligeledes, at der hos en stor del af ergoterapeuterne kunne spores en praksis omkring sensomotorisk stimulation, som hviler på principperne bag F.O.T.T. Efter forundersøgelsen har Maj-Brit undervist yderligere 22 ergoterapeuter fra alle fem regioner i Danmark og også her blev denne praksis fundet flere steder. På den baggrund vil vi i overvejende grad tillægge Ragnhild Måstrup ret i sine overvejelser omkring valg af eksperter og fravalg af ikke-eksperter på området, men samtidig opfordre til, at vidensdeling på tværs af faggrænser sker mhp. en samlet opgaveløsning på amme- og/eller dieområdet. Da der gennem vores analyse synes at være en hegemonisk diskursorden, som tager udgangspunkt i, at ammevejledningen skal baseres på videnskabelig evidens af høj kvalitet, kan et studie som Hvidovrestudiet (Skaaning et al., 2020) medføre en diskursiv forståelse af, at mundstimulation ingen effekt har og grundlaget for videre studier kan således risikere at smuldre. Dette finder vi særdeles problematisk, da vi mener, at rationalet bag optræning af funktion gennem sensomotorisk stimulation af tungen til voksne med dysfagi, i en modereret form, må kunne overføres til spædbarnsområdet. Vi mener således også, at den erfaringsdiskurs og det faglige skøn, som Malene italesætter bør prioriteres, for på den måde, at få skabt mere fokus på, hvilken type stimulation eller træning spædbarnet med dysfagi kan

profitere af, og på den baggrund få skabt evidens for virkningen, som kan afføde respekt i sundhedsvæsenet.

Kompetencecentret argumenterer, som tidligere nævnt for, at videnskabelige studier af høj evidens bør ligge til grund for de valg der træffes i ammevejledningen og de fremhæver yderligere, at mangel på gennemsigtighed kan betyde noget for kontinuiteten i ammevejledningen (bilag 8:9-10).

At det også kan betyde noget for respekten, fortæller Ingrid om her.

Måske også at det bliver tydeligt hvad er det? Altså fordi forudsætningen for at man kan bruge og at det også bliver øhm får en respekt ude omkring i det etablerede sundhedssystem, det er jo at vi ved noget mere om det og at man har, altså man kan gennemskue hvad er det for noget? Hvad, hvilken baggrund er det at den ene og den anden og den tredje behandler ligesom arbejder på baggrund af og hvad er det? Hvor har de den viden fra og så videre. Altså jo mere gennemsigtig bliver, tænker jeg, jo mere sandsynligt er det jo også at det bliver respekteret hvis der er noget gods i det, ik' altså (bilag 8:10).

I dette citat vælger Ingrid at bruge ord som *forudsætning*, *respekt*, *viden* og *gennemsigtig* til at understrege sin pointe. Ord som interdiskursivt kan spores tilbage til logikker omkring hvad der er undersøgt og påvist at virke i tværfagligt samarbejde. Dette får os til at trække tråde til afsnit 4.1, hvor vi bl.a. nævnte Jody Hoffer Gittells *Relationel Koordinering*, hvor fælles mål, fælles viden, gensidig respekt og rettidig kommunikation ses som principper, der bør være gennemgående i det tværprofessionelle samarbejde (Gittell, 2012). Vi kan ikke vide, om Ingrid kender disse principper og hvorvidt hendes udtalelse således kan ses som en intertekstuel reference til Gittell. Dog antager vi, at principperne er velkendte som middel til at forbedre de præsterede ydelser i sundhedsvæsenet og vil således kunne drage en pendant til, at Ingrid her muligvis prioriterer kausal måling af den sundhedsfaglige indsats i sit argument. Dokumentationen af indsatsen ligger således implicit også som en prioritering. Når Malene fortæller, at hun i høj grad anvender det faglige skøn i sit sygeplejefaglige virke (bilag 7:19), ved vi ikke i hvor høj grad dette dokumenteres og beskrives i detaljer for de tværfaglige samarbejdspartnere, men det fremhæves af vores interviewpersoner, at det at have fælles viden om amning, er vigtigt (bilag 4:9, bilag 5:7, bilag 7:3).

For at skabe fælles viden fremhæver Malene IBCLC som et løsningsforslag.

Malene: [...] Det er jo ikke fordi, at IBCLC er svaret på alt, men det er jo bare det, der er så fint ved den uddannelse. Det er du har noget fuldstændig, altså sidste nye evidens, og du bliver opdateret løbende, og du forholder dig kritisk til, til nye tiltag vedrørende amning. Det kunne da være fordelagtigt, hvis fys- og ergoterapeuter på Rigshospitalet og andre steder havde det. Og læger, for den sags skyld. Nej, jeg synes ikke, de ved tilstrækkeligt om amning. Øhh Men jeg synes, de prøver. Ja. (bilag 7:14)

Vi ser her, at Malene i sit sprogbrug kæder IBCLC og det at holde sig løbende opdateret på sidste nye evidens sammen med en kritisk stillingtagen til de tiltag, der anbefales i forhold til amning. I citatet kan vi se hun problematiserer manglende viden hos nogle af de tværfaglige samarbejdspartnere hun har, men samtidig ønsker at udstråle en imødekommenhed ved at anerkende, at de prøver. Ambivalensen, der kommer til udtryk i citatet, kan også bunde i, at hun ved Maj-Brit er ergoterapeut og derfor ikke ønsker at hænge denne, eller andre faglige grupper ud. Ambivalensen kan også ses som udtryk for en hegemonisk kamp mellem de betingelser hun oplever i arbejdet i den sociale praksis, hvor mange af aktørerne mangler evidensbaseret viden om amning, og det at hun har et emancipatorisk ønske om at kunne gøre det bedre.

Fysioterapeuten og ergoterapeuten Brøndby kommune dækker hele børneområdet og har derfor også mindre tid til behandling, end de har på hospitalet (bilag 5:38). Der synes også at være en del tvivl om, hvad terapeuternes kompetencer indenfor feltet er, Lotte siger: *“De (fysio- og ergoterapeut) vil gerne, og altså om de kan, det ved jeg faktisk ikke”* (bilag 5:37). Incitamentet til at benytte disse faggrupper kan derfor tolkes ikke at være så stort, dels pga. manglende tid, men også pga. manglende erfaring med hvad terapeuterne kan bibringe til ammevejledningen, omend Lotte udtrykker en oplevelse af, at der er en vilje til samarbejde. Denne tvivl omkring terapeuternes kompetencer kunne lige såvel bunde i, at de egentlige kompetencer til at yde *ammevejledning* rent faktisk er mangelfulde hos terapeuterne. Dette finder vi sandsynligt da vi i vores spørgeskemaundersøgelse (bilag 1) fandt at kun 45% af de kommunalt ansatte ergoterapeuter havde erfaring med at give ammevejledning forud for projekt Barnet i Midten, hvorimod hele 75% af de hospitalsansatte allerede havde erfaring. At det er ammevejledning terapeuterne skal yde, kan dog retænkes, da terapeuternes fokus mere lader til at være på barnets diætkompetencer. Man kunne fristes til at kalde terapeuternes

indsats for *dievejledning*. I vores forundersøgelser til specialet (bilag 1) blev vi gennem projekt Barnet i Midten ligeledes gjort opmærksomme på, at som et forsøg på at få mere ergoterapeutisk træning til spædbørn med dievanskeligheder ind i kommunerne, er hospitalsansatte ergoterapeuter i Region Hovedstaden begyndt i højere grad at udskrive genoptræningsplaner til kommunen på de børn, der har modtaget ergoterapi på hospitalerne. Således foregår finansieringen af behandlingen gennem Sundhedsloven og ikke Serviceloven. En årsag til, at de kommunalt ansatte ergoterapeuter ikke har lige så meget erfaring med ammevejledning som de hospitalsansatte, kan således være økonomisk kassetænkning.

I Brøndby kommune lader det til, at der ikke er en helt fast formel for, hvad de skal stille op, når de oplever et barn med suttevanskeligheder. Gitte siger således:

[trækker luft ind] Ja, men vi må jo ikke, bare henvise, vi skal jo egentlig hen(vise)...-, sende dem til lægen først, for at være sikker på at der ikke er et eller andet galt. Og øhm, ja. [...] Nogle gange så bruger vi vores fysioterapeut [...] jeg plejer, vi plejer at sige sådan, der er de her muligheder (alternative behandlingsmuligheder, familierne selv kan henvende sig til). Så vi kan, og nogle forældre vælger at gøre det her ikke, altså deet, men det ligger udenfor vores (område), altså (bilag 5:27).

Citatet indeholder en del væven og ambivalens, idet hun fremhæver, hvad de ikke må og hvad de egentlig skal gøre. Brugen af ordet *egentlig* udgør en udsagnskraft, som netop er ambivalent i forhold til de dominansrelationer og hierarkiske begrænsninger, hun møder i sit virke som sundhedsplejerske. Hun afbryder sig selv, da hun er ved at sige *henvise*, hvilket kunne indikere, at hun kæmper mod de regelsæt hun er underlagt ved ikke selv at måtte henvise til andre behandlingsmuligheder, som hun med sin faglige vurdering mener ville være givtige. Det kan samtidigt trække tråde tilbage til den fagkamp mellem læger og sundhedsplejersker, vi omtalte i afsnit 4.3, omkring opkomsten af sundhedsplejen som fag. Det kan også skyldes, at nogle af disse behandlingsmuligheder ligger uden for det kommunale regi og således kræver brugerbetaling. Sådan en brugerbetaling kan ifølge Kompetencecentret medvirke til ulighed i sundhed (bilag 8:8). Vi gør os tanker om, at sådanne overvejelser om ulighed i sundhed ved brugerbetaling også kan ligge til grund for den ambivalens vi kan se i citatet fra Gitte. Med udtalelsen at *vi skal jo egentlig* sende børnene til lægen først, kunne det indikere, at det måske ikke altid er det de gør, men at de vælger et alternativ, da de ikke synes at samarbejdsrelationen med lægen er frugtbar. Lægeprofessionen beskrives både af Malene og Anne fra Videnscentret og af sundhedsplejerskerne Gitte og Lotte som nogle, der generelt

mangler viden på både børne- og ammeområdet (bilag 7:10; bilag 5:29). Derudover beskriver Gitte og Lotte, at lægen ofte beder familierne snakke med sundhedsplejersken, hvis der er ammeproblemer eller andre problematikker omkring barnet (bilag 5:29). Ved brug af ordet *egentlig* i citatet ovenfor, ses der altså en hegemonisk kamp, som forsøger at stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt denne dominansrelation er hensigtsmæssig og således destabilisere den.

At lægerne har overvejende magt i sundhedsvæsenet og at deres ontologiske og epistemologiske syn på viden fremstår som en hegemonisk dominerende diskursorden, tydeliggøres i nedenstående citat fra Kompetencecentret, hvor Ingrid diskursivt italesætter en hegemonisk kamp mellem de hierarkiske evidensrangeringer.

Jeg ved godt at, at øh når du går ind i lægeverdenen så er det jo de randomiserede studier der tæller. Men, men man kan jo sagtens få rigtig meget viden af andre typer af studier, afhængig af hvad er det man gerne vil undersøge øh men at det (.) Øh at det er vigtigt, at der kommer noget viden på banen, som vi kan bruge og henvise til øh når vi anbefaler nogle ting ik'? Så (bilag 8:9).

Når Ingrid vælger at fremhæve *lægeverdenen*, ser vi et tydeligt eksempel på, at netop lægeverdenen tillægges hegemonisk dominans i den sociale praksis som Kompetencecentret er indlejret i, og at årsags-virkningssammenhænge påvist gennem randomiserede studier generelt accepteres som det mest efterstræbelsesværdige. Hvad der kan have skabt denne repræsentation af hvad sand viden er, kan have en sammenhæng med den historiske udvikling af sundhedsvæsenet, hvor lægefaget først blev professionaliseret og dermed tillagt en større magt end de professioner, der fulgte trop senere (Kristensen, 2014:179; Lehn-Christiansen, 2016:32), samt at de ontologiske og epistemologiske antagelser af hvad viden er og hvordan den skabes i sundhedsvæsenets hegemoniske dominansrelationer, således overvejende stammer fra det biomedicinske syn på sundhed (Lehn-Christiansen, 2016:96; Kristensen, 2014).

8.2.3 Strukturelle rammer

I det følgende vil vi forsøge at pege på nogle af de strukturelle rammer, der kan komme til at have en indvirkning på vores interviewpersoners handlemuligheder i deres arbejde. Vi vil

ligeledes udpege hvordan disse strukturelle rammer også kan præge de diskursive hegemoniske kampe.

Marianne fra Kompetencecentret giver os med følgende citat et billede af de dominansrelationer, der har indvirkning på udformningen af de anbefalinger der er i Ammehåndbogen: ”*Sundhedsstyrelsen vil jo have vi skal arbejde evidensbaseret og det er jo det vi gør så vidt muligt i, så vidt muligt, i sundhedssystemet, ik’? Øhm*” (bilag 8:9). Kompetencecentret er forfattere til bogen, men det er Sundhedsstyrelsen, der bestemmer hvilket indhold der skal være og at dette skal være evidensbaseret. Dominansrelationen og hierarkiet i hvem der bestemmer, ser vi ved, at hun udtrykker; *Sundhedsstyrelsen vil jo have vi skal*. Med den kategoriske modalitet ligger der altså ingen forhandlingsmulighed i forhold til det bestillingsarbejde, Kompetencecentret skal udføre for Sundhedsstyrelsen. Citatet indeholder dog også en smule ambivalens i det hun bruger udsagnskraften *så vidt muligt*. Hun åbner med denne udtalelse op for, at der kan være områder, hvor det at arbejde evidensbaseret ikke altid er muligt. Således kan vi spore en hegemonisk kamp mellem evidensdiskursen og erfaringsdiskursen. Gennem de kategoriske modaliteter og dominansrelationerne mellem Kompetencecentret og Sundhedsstyrelsen, som citatet indeholder, kan vi også anskue at der således foregår en prioritering af diskursordener, hvor epistemologiske logikker om evidens, og kausalitetsforståelsen bag den nordiske evalueringstradition, bliver hegemoniske i den sociale orden. Når Marianne diskursivt italesætter dominansrelationerne, som hun gør i citatet ovenfor, kan det dog være med til at skabe brydninger i den hegemoniske diskursorden.

Under interviewet med Kompetencecentret spurgte vi ind til udarbejdelsen og opdateringen af Ammehåndbogen. Ingrid fortæller:

[...] så det har været, det har været sådan lidt et, et samspil mellem, hvad er det som vi har oplevet, at der er brug for når vi var ude og undervise og snakke med praktikere og hvad øhm synes øhm vi var vigtigt, øh og hvad ville sundheds... hvad var det for et [trækker luft ind] et øh dokument som sundhedsstyrelsen gerne ville have. Det, det jo deres bog og vi, altså vi leverer et stykke arbejde og er forfattere på det men, men det er dem der ejer den (bilag 8:5)

Udsagnet her indikerer, at der er flere forskellige hensyn, de må tage i Kompetencecentret, når de udarbejder og reviderer det materiale, som fx sundhedsplejerskerne benytter sig af. I citatet kan vi se, at der synes at være en del ambivalens i udsagnskraften når Ingrid siger *det har*

været sådan lidt et, et samspil. Derefter bygger hun sætningen op ved at fremhæve Kompetencecentrets andel i tilblivelsen af bogen to gange ved at sige *det som vi har oplevet, at der er brug for og og hvad øhm synes øhm vi var vigtigt.* Når hun grammatisk placerer sin egen gruppering *vi* før Sundhedsstyrelsen i sætningskonstruktionen, kan dette diskursivt være en måde at tillægge mere værdi til sin egen gruppering. Således fremhæver hun Kompetencecentrets position, som dem der har den fornødne viden og derfor retmæssigt skal kunne præge dokumentet. Ambivalensen ses i anerkendelsen af, at det ikke er Kompetencecentrets bog, og at de derfor er nødsaget til at *levere et stykke arbejde* til de retmæssige ejere, der er Sundhedsstyrelsen. Samtidigt bruger hun den kategoriske modalitet, at de *er* forfatterne, for at understrege Kompetencecentrets ekspertfunktion. Desuden taler det ind i en magtrelation, når hun fremhæver, at det Kompetencecentret kan levere af arbejde, er afhængigt af hvad Sundhedsstyrelsen *gerne vil have.*

I citatet er det yderligere bemærkelsesværdigt, at til trods for, at Kompetencecentret synes at være meget præget af evidensdiskursen i deres arbejde, så bruger Ingrid ordene *oplevet* og *synes*, der taler mere ind i en erfaringsdiskurs, hvor subjektive synsninger bliver prioriteret. Hun understreger også, at praktikernes behov og erfaringer er vigtige. Dette kan indikere, at Ingrid ser sig selv og Kompetencecentret som et serviceorgan, der skal tjene de sundhedsprofessionelles behov, i højere grad end hvad Sundhedsstyrelsen har af behov, hvilket taler ind i en bottum-up tankegang, snarere end en top-down styring. Dog vil vi problematisere den viden der produceres, når Ingrid beskriver, at en del af arbejdet baseres på hvad de i Kompetencecentret oplever, at der er brug for i praksis. For spørgsmålet er om den viden ikke i forvejen er indsnævret af den allerede eksisterende viden, der er i praksis, altså “hvordan kan vi hjælpe mor med at kompensere, når amningen går i hårdknude?” Det kan således være et vidnesbyrd om, at den hegemoniske diskursorden bliver opretholdt af praktikerne på feltet. Dette vil give mening, når vi som tidligere i analysen har peget på, at mundmotoriske vanskeligheder hos barnet efterlades uproblematisk.

Det altoverskyggende faktum, at det ikke er Kompetencecentrets egen bog, og at de er begrænsede af de logikker, der forekommer i Sundhedsstyrelsen, kan ses når Ingrid siger *Det, det jo deres bog og men det er dem der ejer den.* Dette kan være på trods af, eller måske snarere fordi, at Kompetencecentret er en lille privat organisation, som er afhængige af at kunne tjene penge på den ydelse, de sælger til Sundhedsstyrelsen. At forskeren er afhængig af økonomisk støtte fra dem der bestiller arbejdet, ser vi problematiseret af Bacchi, idet hun

beskriver faren for, at forskeren herved bliver et bureaukratisk instrument snarere end en der udvikler viden (Bacchi, 2009:270-271). Derved ser vi at Kompetencecentret ikke har mulighed for at bestemme indholdet af Ammehåndbogen, ud fra et fagligt funderet ståsted alene, men at indholdet bliver præget af diskurser og magtforhold.

Det er ikke kun spørgsmålet om, hvad der er evidens for, der er afgørende for, hvad der medtages i Ammehåndbogen. Her fortæller Ingrid *“men øhm men faktisk blev en del af det patologiske, blev vi bedt om at skære væk af, øh sundhedsstyrelsen.[...] og særlige problemstillinger i forhold til barnet også, blev faktisk skåret væk øhm”* (bilag 8:5). Her er der ikke tale om et argument, der grunder i spørgsmål om evidens. Vi ser snarere, at det bliver et billede på en strukturel ramme, Kompetencecentret bliver underlagt, i forhold til hvad Sundhedsstyrelsen har tilladt dem at medtage i Ammehåndbogen. Det kan også ses som en mulig forklaring på hvorfor barnets oralmotoriske difunktion overses, idet den viden der videregives til de sundhedsprofessionelle, allerede er afgrænset fra det patologiske. Dette kan anskues som en forklaring på, at repræsentationen af problemstillingen, som værende et anliggende hos mor, er forekommet hos de professionelle, der sætter deres lid til Ammehåndbogen.

Omend at vi kan sige, at diskursive forhold kan ligge til grund for, at Sundhedsstyrelsen beder om, at det patologiske bliver skåret fra, vil vi argumentere for, at Kompetencecentrets strukturelle ramme bliver begrænset og at denne begrænsning videreformidles til de sundhedsprofessionelle, der benytter Ammehåndbogen. Denne strukturelle begrænsning får således en reel betydning, som en objektiv og virkelig, ikke kun diskursivt struktureret ramme i den sociale praksis. Her kan vi også pege på, hvorledes et dikotomisk forhold mellem patologi og normalområdet kan opstå. Kompetencecentret og Videnscentret synes at have opnået konsensus om, at det er hensigtsmæssigt at opdele specialet mellem dem. Marianne fortæller at:

[...] det er Ragnhilds område, altså hun har jo centeret for børn med særlige behov og de syge børn, så det er fortrinsvis - vi har jo også Ragnhild inde på vores uddannelse. At vi har lidt normalområdet og Ragnhild og hendes stab har specialområdet (bilag 8:13).

I citatet ser vi, at Marianne italesætter områderne som noget de hver især har ejerskab over. Dette kan være et udtryk for en politisk socialiserende magtrelation, hvilket ifølge Antonsich (2010) i sin beskrivelse af *belonging*, anser som noget, der diskursivt er med til at fastholde opdelingen. Når patologien hos barnet samtidig ikke italesættes i særlig høj grad i Ammehåndbogen, der bl.a. bruges af sundhedsplejerskerne i kommunerne, fastholdes således en diskursiv logik om at patologi hører til på hospitalerne og normalområdet hører til i kommunerne. Den måde Sundhedsstyrelsen dikterer at patologien skal udelades i Ammehåndbogen, bliver derfor medvirkende til, hvilken diskurs der bliver dominerende i et bestemt sundhedsområde. Den måde diskursen bliver båret på af sundhedsplejerskerne, kan derfor siges at fungere som en betingelse for, hvordan sundhedsplejerskerne kan udføre deres arbejde med ammevejledning og i sidste instans kommer det til at fungere som en strukturel ramme for spædbørnene i kommunen, fordi diskursen der præger sundhedsplejerskerne ikke tillader dem at se på forhold ud over normalområdet.

Uden at have talt direkte med Sundhedsstyrelsen, synes vi at kunne spore en prioritering af diskursordener, hvor staten har nedprioriteret ammeområdet. Dette italesætter Ingrid gennem en ambivalent udsagnskraft, når hun kommenterer på hvorfor Ammekomiteen blev lukket: “[...] men vi fik 600.000, så det var jo ik, så ’n, så Danmark går fallit over at betale så øh, ja” (bilag 8:3). Heri kan vi se at hun antyder, at det ikke handlede om økonomi, men at det handlede om noget andet. Dette andet kunne være, at ammevejledning anses som en ting, man som sundhedsplejerske besidder en naturlig kompetence for, og at det derfor ikke blev prioriteret som et fagligt speciale. Denne pointe ser vi Lotte bringe op i forbindelse med, at hun taler om uddannelse omkring amning: “Men det er sådan, på en eller anden måde synes jeg det er noget alle forventer, at det kan man bare, stadigvæk synes jeg” (bilag 5:6). Samtidig problematiserer hun også denne tankegang, idet hun følger op med: “Når man ikke har været igennem det der IBCLC eller andet altså (.) Så tror jeg måske ikke man er sådan rigtig bevidst om hvor meget ens egne ammeerfaringer i virkeligheden spiller ind på hvordan man øhm (arbejder)” (bilag 5: 6). Når ammevejledning bliver anset som *at det kan man bare*, bliver problemet repræsenteret som værende ikke eksisterende. Det efterlades derfor uproblematisk at udføre ammevejledning. En sådan logik kan have den effekt, at dette område ikke bliver prioriteret økonomisk. Dette kan ses når Sundhedsstyrelsen vælger at nedlægge den offentlige støtte til indsatser vedrørende amning på normalområdet. Lotte retter også en kritik imod, at man som professionel er nødsaget til at trække på egne private erfaringer, frem for at have en tilpas faglig, teoretisk funderet ballast. I det ligger der ligeledes en kritik i, at

IBCLC certificeringen eller andet, der er tilsvarende kompetencegivende i forhold til ammevejledning, ikke er for alle sundhedsplejersker, men kun for de få udvalgte, da det kræver brugerbetaling. Lotte tager afstand til den nuværende form for specialuddannelse ved at sige således; *“Ja, det er jo den uddannelse der er (.) og ja, det er nødvendigt synes jeg. Men jeg synes hele det der IBCLC det er da noget halløj ja”* (bilag 5:10). Behovet for en specifik uddannelse indenfor amning, der ekstenderer den mængde uddannelse, der er indlejret i sundhedsplejerskeuddannelsen, kan vi se ved, at Ingrid tog initiativ til udvikling og gennemførelse af ammekonsulentuddannelsen (Kompetencecenter for Amning, 2023). Yderligere understøttes det også af, hvad vores andre interviewpersoner beretter. Olga siger:

Øhm men der er jo mange af vores nyuddannede kollegaer, som jo ikke har ret meget erfaring. Og som jo synes, det er rigtig svært at stå ude i[...] men jeg synes bare, at det er en af kerneopgaverne, kan man sige, det er jo den her amning. Øh så det burde bare være noget, vi alle sammen var klædt på til (bilag 4:5).

Ved at sige *burde* indikerer hun således, at den viden der er eksisterende i den almene uddannelse af sundhedsplejersker, ikke helt anses som værende tilstrækkelig. Denne holdning deles af Kompetencecentret, som hyres ind til at undervise på sundhedsplejerskeuddannelsen. Marianne fortæller: *“[...] så når jeg siger derinde, det er alt for lidt [griner] øhh tid jeg får, så siger de, ja men de skal jo også lære noget ude i praksis”* (bilag 8:4). I dette citat kan vi spore diskurser omkring, at erfaring fra praksis prioriteres højere end den teoretiske viden af beslutningstagerne på sundhedsplejerskeuddannelsen. Malene påpeger også et problem i den nuværende sundhedsplejerskeuddannelse ift. præmature børn med suttevanskeligheder: *“[...] Og der tror jeg simpelthen ikke, at man er klædt godt nok på ved at have en sundhedsplejerskeuddannelse til at hjælpe de her børn”* (bilag 7:10). Her vil vi problematisere den logik, der tilsyneladende er om, at sundhedsplejersker har en naturlig viden omkring ammevejledning. Vi vil argumentere for, at mangel på uddannelse bliver en strukturel ramme, der kan have en potentiel negativ effekt på sundhedsplejerskens muligheder for bl.a. at opspore og iværksætte behandlingstiltag for spædbørn med dysfagi, i og med at de mangler en specialiseret viden.

Argumentet kan understøttes af, at et krav for at kunne kvalificere sig til at tage sundhedsplejerskeuddannelsen er, at man minimum skal have tre års praktisk erfaring, en del af dette skal være på børneområdet (VIA, u.å.). Set i lyset af de strukturelle rammer for sygeplejerskernes arbejde på hospitalerne, kan det dog tænkes, at disse forhold påvirker

muligheden for at erhverve sig nok grundlæggende erfaringsbaseret viden, fx når Anne og Malene påpeger: *“Vi løber rigtig stærkt i vores hverdag”* (bilag 7: 8) og Olga siger: *“Det går for stærkt, ik altså øh”* (bilag 4:13). At der er ressourcemangler, der også påvirker ammeområdet flere steder på hospitalet, omtaler Anne i forbindelse med, at hun gør os opmærksomme på, at der kun er én IBCLC certificeret sundhedsprofessionel på børnekirurgisk afdeling på Rigshospitalet:

[...] personalet gør jo en kæmpe indsats, men de er ikke afsat til kun at koncentrere sig om det her. Og det gør altså den helt store forskel, i min optik. Det er det der med, at der er nogen, der kan det her og ved, hvad de snakker om. Både fagligt, øh og, hvad hedder det, både i forhold til, hvad den nyeste forskning er, men også, hvad man sidst har set øh de sidste 10 patienter gjorde også sådan og sådan i forhold til den her problematik. Den faglighed, den mangler jo på alle afdelinger, der har med nyfødte at gøre, såmænd også barselgangen (bilag 7:7).

Herved vil vi problematisere den formodning om, at sundhedsplejersker via deres adgangsgivende praksiserfaring og deres uddannelse til sundhedsplejerske, har nok viden om amning. I realiteten ser det ud til, at de strukturelle betingelser for arbejdet som sygeplejerske på fx barselgangen eller børnekirurgisk afdeling er af en sådan karakter, at det påvirker muligheden for at tilegne sig den nødvendige erfaring til at bestride en ammevejlederrolle uden supplerende viden. Gennem citatet kan vi også udlede, at der både eksisterer en vidensdiskurs, hvor faglighed kædes sammen med den nyeste forskning, altså en evidensbaseret viden, men samtidig ses diskursen om erfaring sidestillet hermed. Det ser dog ud til, at omend der er overordnede diskurser, der tilskriver både evidensbaseret og erfaringsbaseret viden en værdi, så er der nogle strukturelle betingelser, der synes at kunne påvirke hvorledes diskurserne prioriteres i den sociale praksis. Dette understøttes af Olgas udtalelse i nedenstående citat, hvor hun beskriver sin oplevelse af, at især børn født ved kejsersnit er dårligere stillede end børn født vaginalt. Dette, da mælkeproduktionen ofte ikke bliver stimuleret hos mor tilstrækkelig hurtigt og at sundhedsplejerskerne derfor står med en større opgave ude i kommunerne.

En betragtning vi anser, at hun tillægger som en strukturel begrænsning frem for en faglig, hun siger;

Jeg er selv sygeplejerske, og ved, hvor stærkt man skal løbe på de afdelinger. Så det er slet ikke for at klandre nogen. Men det er bare desværre, det vi oplever rigtig tit. Så når vi kommer ud (til familierne i deres hjem efter udskrivelsen), så er det nærmest for sent (bilag 4:13).

Her ses en form for ansvarsforskydelse og forklaring ift. hvorfor ammeetableringen ikke altid er succesfuld. Her ses kohæsion i ordet *så*, der bruges til at kæde sætningerne sammen. De løber stærkt på hospitalet *så* det er ikke nødvendigvis deres skyld. Sundhedsplejerskernes egne erfaringer om at, når der er for travlt på hospitalet, *så* bliver det svært for sundhedsplejerskerne i kommunerne at udføre deres arbejde. Således bliver travlhed på hospitalerne kædet sammen med den manglende ammeetablering i kommunen. Denne observation af at *så er det nærmest for sent*, kan også blive en indikation på, at Olga fokuserer på de fysiologiske komponenter hos mor, som handler om hvordan selve mælkeproduktionen igangsættes efter et kejsersnit (bilag 12:96,191). Dette kan således ses som en prioritering af diskursordener, hvor komponenter hos mor anses for at være vigtigere end komponenter hos barnet. Løsningsforslagene omhandler derfor hvordan mælkeproduktionen igangsættes ved hjælp af, at barnet har hud-mod-hud kontakt med mor. I praksis mener Olga dog det kan være en udfordring for forældrene. Hun fortæller: *“Altså for så er det jo forældrene. Hvis der så er flere børn, så orker de ikke det der hud mod hud. Og skal trække en hel uge ud, hvor de bare kun koncentrerer sig om det her barn”* (bilag 4:13). Disse udfordringer taler også ind i den dikotomitænkning der synes at være mellem hospital og kommune hos størstedelen af interviewpersonerne. I Olgas udtalelse manifesterer det sig dog mest som en “dem mod os” tankegang, hvor den ene gruppes strukturelle rammer kommer til at have en negativ indflydelse på den anden gruppe.

Problemet med at udføre opsporing og behandling af børn med suttevanskeligheder, beskrives således både at indebære en grundlæggende manglende viden hos de sundhedsprofessionelle, der beskæftiger sig med ammeetablering og de strukturelle forhold, de forskellige professioner arbejder under. Yderligere kan vi italesætte det problematiske i, at vi som tidligere i afsnit 8.2.1 fremhævede at Malene brugte det faglige skøn til at kompensere for de manglende strukturerede redskaber til opsporing af dysfagi hos spædbørn. Herved bliver det

især vigtigt at have den praksisbaserede erfaring, som vi her har problematiseret som værende ikke tilstrækkelig.

Malene og Anne påpeger, at grunden til ammevanskeligheder, både kan stamme fra mor og barnet, og der arbejdes på neonatalafdelingen både med de kompenserende og faciliterende foranstaltninger (bilag 7:18). Malene forklarer, at når de modtager et sygt barn på neonatalafdelingen og forventer en længere indlæggelse, rekvirerer de næsten altid en ergoterapeut, hvis formål er: *“Og lave øvelser på barnet, som hun så instruerer forældrene i også at lave. Sådan så mundmotorikken bedres”* (bilag 7:12). Vi tolker herved, at problemet bliver repræsenteret som noget, der kan ligge hos både mor og barnet, og derved bliver effekten, at der er flere forskellige tiltag, der kan sættes i værk. Her er det derfor ikke kun kompenserende foranstaltninger, der bliver gyldige virkemidler men øvelser, der er særligt møntet på at optræne barnets evne, bliver ligeså gældende. Dette kan derfor også være et billede på, at de hegemoniske dominansrelationer mellem diskurserne bliver destabiliseret. Som nævnt tidligere i analysen har både Malene og Anne en oplevelse af, at den mundmotoriske stimulation, som ergoterapeuterne på hospitalet iværksætter har en effekt (bilag 7:13), men de understreger også, at erfaring med eller specialiseret viden om håndtering af meget for tidligt fødte børn på neonatalafdelingen er stærkt nødvendigt. Malene siger således;

Fordi det er jo simpelthen en ergoterapeutgruppe, som øh som befinder sig fysisk et helt andet sted i huset, og som kommer efter at være blevet tilkaldt. Så er der ikke en af dem på arbejde, der plejer at have med de neonatale patienter at gøre, så vil de enten skubbe besøget, eller der dukker en op, der ikke har neonatal erfaring. Og så har vi et barn, der bradykaderer resten af aftenen (bilag 7:15).

Dette citat er essentielt for de hegemoniske kampe, der eksisterer mellem evidensdiskursen og erfaringsdiskursen, som vi har fundet i alle interviewene. Citatet problematiserer dog også, at det er strukturelle betingelser i arbejdet på hospitalet, der hindrer ergoterapeuterne i at få neonatal erfaring. Ved at bruge ordene *fordi* og *simpelthen*, understreger hun den argumentative årsagssammenhæng og anerkender dermed implicit, at erfaringsdiskursen har afgørende betydning for barnets trivsel. Vi ser her, at tiltag ikke kun iværksættes på baggrund af diskurserne, men også på baggrund af den strukturelle forudsætning, at der er faggrupper til rådighed på hospitalet, der angives at have en specifik viden til at løse problemet. Dette kan

også være medvirkende til at mediere, hvilken diskurs der er på feltet. Det vil sige, at den viden og de handlinger dette samarbejde kan fordre, kan medvirke til at destabilisere den hegemoniske dominansrelation om psykosociale virkemidler som self-efficacy, der anbefales i Ammehåndbogen. Derved bliver det den sociale praksis og de handlinger der forekommer her, der kan få en betydning for diskursen og ikke kun omvendt.

Hvor neonatalsygeplejerskernes adgang til tværfaglige samarbejdspartnere kan være med til at destabilisere hegemonien, har Gitte og Lotte som nævnt nogle andre strukturelle rammer for tværsamarbejde. Deres forståelse af sutteteknik kan måske på den baggrund, sammenholdt med tvivlen om deres samarbejdspartneres kompetencer, opretholde en hegemonisk psykosocial diskursorden. Denne overvejelse stemmer dog ikke helt overens med udtalelser Olga kommer med, idet hun udtrykker at have et stort netværk af både IBCLC uddannede sundhedsplejersker og ergo- og fysioterapeuter til rådighed i det daglige arbejde (bilag 4:5). Alligevel er der den forskel, at hvor Anne og Malene beskriver en tæt kontakt til ergoterapeuterne, omend at de tilhører en anden enhed, så kan de fysisk gå sammen og spare med hinanden, og at det som Anne siger; *“Det er et kæmpe win for barnet og familie, når det er, når det er nogen, der udfordrer rigtig meget.”* (bilag 7:13). Olga beskriver derimod:

Jeg har jo ikke været med i ammeklinikken. Så jeg ved faktisk ikke hvordan det foregår. Øhm og har faktisk heller ikke været med. Det har vi mulighed for. Hvis vi har tid. Men det har vi ikke så meget af. [lille grin] Men vi ville jo gerne gå med familierne. Så vi også hørte hvad der blev sagt. Så vi kunne arbejde videre derfra. Øhm det er der ikke altid mulighed eller tid til (bilag 4:8).

Således siger hun, at der teknisk set er en mulighed for tæt samarbejde, men i praksis lader det sig dog ikke gøre. Her skal det pointeres at Olga ikke er IBCLC-uddannet og vi kan derfor ikke vide om dette forhold er anderledes for de IBCLC-uddannede sundhedsplejersker i denne kommune. Vi vurderer altså, at der er nogle forskellige strukturelle forhold i deres respektive sociale praksisser, der er med til enten at opretholde eller destabilisere de dominansrelationer, der er diskurserne imellem. Det er ligeledes muligt, at disse strukturelle betingelser bidrager til, at alle sundhedsplejerskerne og neonatalsygeplejerskerne vi har interviewet, lader til at være i tvivl om hvordan ergoterapeuterne arbejder (bilag 5:37,44; bilag 4:8; bilag 7:20). Skal man dømme ud fra Annes kommentar om *“at det er et kæmpe win”*, så kan det også tyde på at det kan give en udfordring i forhold til lighed i sundhed, da det kun er nogle steder, at det er

muligt med det tætte samarbejde. Der synes yderligere at være en pointe i, at for at viden skal kunne distribueres, kræver det muligheden for at kunne have regelmæssig, præcis kommunikation mellem de forskellige fagpersoner, som også er et hovedpunkt vi genfinder i en teori som Relationel Koordinering (Gittell, 2012).

Vi har således peget på, at der i den sociale praksis hos dem, der er tilknyttet neonatalafdelingen, synes at foregå en destabilisering af den dominerende psykosociale diskursorden, der findes i Ammehåndbogen. Det opsigtsvækkende er dog, at deres viden om ergoterapeutisk intervention på ammeområdet ikke synes at blive udbredt gennem Videnscentret. En ting vi har udpeget som diskursbærende, er Sundhedsstyrelsens anvisning om at fjerne det patologiske fra Ammehåndbogen. Dette punkt kan dog yderligere problematiseres ved at se på de ikke diskursivt strukturerede rammer for arbejdet i sundhedssystemet. Ligesom den førnævnte betragtning af, at muligheden for at destabilisere diskurserne er afhængigt af de ikke diskursivt strukturerede rammer for tværsamarbejdet, kan der også her ses en lignende tendens. Malene forklarer hvorledes intentioner med arbejdet i Videnscenteret og de strukturelle betingelser for deres daglige arbejde kommer i konflikt.

[...] der er ingen tvivl om, at det ville være fantastisk, hvis vi kunne folde os længere ud, og måske endda også komme ned til sundhedsplejersker, og øhh undervise dem, fordi mange af de børn, vi har i hænderne, dem gi'r vi, eller alle de børn, vi har i hænderne, giver vi jo videre til sundhedsplejersker, som så står med det. [...] Øhh så vi kunne da komme vidt og bredt, men det er jo det offentlige, og der er ikke midler til det. Og vi, vi løber stærkt. Vi løber rigtig stærkt i vores hverdag (bilag 7:8).

Der ses her, at der opleves en diskrepans mellem det ønskværdige og det mulige. Når Malene siger *der er ingen tvivl* bruger hun det som en kategorisk modalitet i forhold til hvad den bedste praksis ville være, samtidigt ses kohæsionen i ordene; *men det er jo det offentlige* som et argument for hvorfor det ikke kan lade sig gøre. Den kategoriske modalitet i; *der er ikke midler til det*, bruges ligeledes til at beskrive magtfordelingen, hvor de økonomiske betingelser i den sociale praksis ikke er noget hun gør sig forhåbninger om at kunne ændre. Sammenkædningen af sætningerne kan indikere, at Malene italesætter en interdiskursivt accepteret forståelse af, at ammevejledningens sociale praksis er indlejret i et presset sundhedsvæsen, hvor man må indordne sig og tage til takke med det man kan få, på baggrund af de økonomiske midler der er til rådighed. Det fungerer derfor som en overordnet og ikke

anfægtet diskursorden, som hun accepterer på trods af, at hun ideelt set ønsker sig noget andet. Yderligere er den strukturelle ramme for arbejdet også italesat, når Malene siger; *vi løber stærkt*. Travlheden bliver således en forklaring på, hvorfor idealet ikke opnås - det er ude af deres hænder, når de strukturelle rammer fungerer som en begrænsning.

Yderligere kan det problematiseres at Anne og Malene beskriver, at den viden der produceres i Videnscentret er frit tilgængelig via deres hjemmeside (bilag 7:6), men adspurgt i den opfølgende mail svarer Olga, at hun kender til dem, men ikke bruger deres hjemmeside (bilag 4:17). Lotte kender slet ikke til dem og Gitte svarer at hun kender til dem, men at hun ikke troede at sparring var noget de kunne benytte sig af i deres kommune, idet Videnscentret hører til på Rigshospitalet og således hører til et andet optageområde i forhold til dem selv (bilag 5:46). Heri ligger der et strukturelt problem på området for vidensdeling. Observationerne omkring, at den viden der produceres i Videnscentret, ikke umiddelbart anvendes i sundhedsplejen, i hvert fald ikke i de kommuner vi har talt med, kan derfor også være et præj om hvordan den dikotomitænkning vi har påpeget, at der er mellem patologi- og normalområdet, bibeholdes. Den specialiserede viden, der er omkring de patologiske forhold, er således en viden, der forbliver inden for hospitalets rammer.

8.2.4 Effekter af repræsentationerne

Som vi berørte i afsnit 8.1.2 må vi antage, at i de tilfælde, hvor dysfagi forhindrer indtagelsen af føde, påvirkes vægten negativt, men i de tilfælde hvor det kun begrænser indtaget, vil der muligvis ikke altid kunne ses en sammenhæng med vægten. Når synkningen bliver ubehagelig for barnet, eller påvirker barnets livskvalitet uden, at det går ud over vægten, er der en risiko for, at det bliver overset eller negligeret. Netop dén pointe kan være en effekt af de repræsentationer vi har fundet omkring problemer med sutteteknik og dermed muligheden for opsporing og behandling af dysfagi i kommunalt regi. Sundhedsplejersken Gitte fra Brøndby deler sine refleksioner med os i følgende citat:

Hvad sker der, for nogle gange kan det jo være, at man kan kompensere med nogle stillinger eller noget [...] Så man kan sige hvis det er et barn, som egentligt øhh, når barnet bliver lagt til, får den mælk han, han/hun har brug for, altså så er der måske ikke så stort et problem i det (bilag 5:27).

Når Sundhedsstyrelsens rationale bag vejledningen tager udgangspunkt i, at der først foreligger et problem, såfremt barnet taber sig eller ikke tager tilstrækkeligt på, medfører det altså, at problemet skal findes og løses hos mor. Hvis mor ikke har et problem og barnet følger vægtkurven, er der slet ikke noget problem. Ubehag hos barnet overses dermed og kan potentielt set gøre, at barnet med tiden udvikler aversion imod brystet og at mor derfor stopper med at amme tidligere end planlagt. Malene fra Videnscentret fortæller her om nogle af konsekvenserne:

Ja, ja, de kan jo udvikle et meget anstrengt forhold til mad, mange af dem øhh. Det sætter sig jo både i forhold til deres trivsel, at de ikke får nok næring øhh til hjernen og resten af organerne, men jo også til psyken, det kan sætte sig der (bilag 7:21).

Malene lader altså til at have en viden om, at hvis ikke dysfagi hos spædbørn opspores og behandles, kan det have store konsekvenser for barnet. Dette er i overensstemmelse med resultaterne fremhævet af Kamity et al. (2021). Malene og Anne beskriver også, at deres arbejdsgang på neonatalafdelingen og deres viden omkring suttevanskeligheder, ikke nødvendigvis er en praksis eller en viden, der er allestedsnærværende indenfor hospitalets rammer, eller i kommunalt regi. Således fortæller Anne om den forståelse af ammevanskeligheder, hun nogle gange støder på, når børn, som ikke har været indlagt på neonatalafdelingen, får tid i deres ambulatorie:

Når man læser historikken igennem, så kan man se, at der har været læge på læge på læge, jordemoder på jordemoder på jordemoder, og indover. Og øhm man kan også næsten til sidst læ-, imellem linjerne læse især mor beskrevet som lettere hysterisk, og ikke evne at kunne tage sig af og lægge barnet ordentligt til (bilag 7:22).

Her er det igen et meget tydeligt billede af, at sundhedspersonalet placerer problemet hos mor. Ikke alene er det mors evner, der er begrænsede, når amningen ikke virker, hun bliver også tillagt en attitude, hvor hun beskrives som hysterisk, og at det er derfor amningen ikke fungerer. Dette problem bliver altså her beskrevet som noget, der forekommer på hospitalet. Deraf kan vi udlede, at selvom Sundhedsstyrelsens flowdiagram for vægtkontrol af nyfødte (bilag 11:19) følges og barnet bliver henvist til egen læge eller børneafdelingen på hospitalet, er det ikke sikkert, at dysfagi hos spædbarnet opspores. Hvis vi trækker tråde tilbage til vores tekstanalyse af Ammehåndbogen, kan vi se at diskursen omkring, at mor kan *vælge* at følge den sundhedsprofessionelles anvisninger (bilag 12:234), her følges op af at mor kan blive

diskursivt medieret, som en der er *uden evne* til at lægge barnet til. Således kan vi tolke, at der produceres en logik omkring, at succesen med amning afgøres af mors vilje og evner, og at denne logik distribueres diskursivt og derved opretholdes blandt sundhedspersonalet via de elektroniske journaler. Således kan vi også tolke at denne diskursive fremstilling umiddelbart godtages hos en del af sundhedspersonalet, og vi må formode at det grunder i den normative forståelse af, at ansvaret for amningen ligger hos mor. Der kan på den baggrund anes en hegemonisk prioriteret diskursorden, hvor opretholdelse af det psykosociale rationale for ammevejledningen påvirker forståelsen af, hvordan problemer med sutte teknik skal løses. Dette fastlåste rationale opretholdes diskursivt blandt forskellige sundhedsprofessionelle i den sociale praksis - både på hospitalet og i kommunalt regi, til trods for at medlemmer af Videnscentrets ekspertgruppe besidder en viden fra det patologiske område, som bryder med hegemonien i dette rationale. Når Ammehåndbogen fungerer som vejledningsdokument for sundhedsplejersker i kommunerne og at Sundhedsstyrelsen har valgt at skære den patologiske del væk fra bogen, bidrager diskurserne til at opretholde en silotænkning mellem hospital og kommune, mellem patologi og normalområdet. Politisk set kan det således også forklare, hvorfor dysfagi eller barnets eventuelle ubehag i forbindelse med at die, ikke italesættes i Ammehåndbogen. Det kan være en politisk bevidst beslutning om, at der kun skal bruges penge på det, der er mest nødvendigt og dermed kun de sundhedsfremmende tiltag, der kan måles en direkte effekt af. Vi vil problematisere, at en sådan beslutning synes at hvile på et forældet syn på sundhed, hvor forebyggelsestankgangen afføder beslutninger truffet ud fra beregninger af risici og hvor fokus er på patogenetik. Hvis barnet ikke er sygt, skal det derfor ikke behandles. Således hæmmes muligheden for at opspore dysfagi hos spædbørn og på den lange bane øges potentielt set risikoen for nedsat livskvalitet hos en del af befolkningen (Kamity et al., 2021). Nedsat livskvalitet ser vi i denne sammenhæng ikke kun som noget, der kan ramme børnene, men også noget der kan ramme familierne til børn med uopdaget dysfagi. Effekten af uopdaget dysfagi hos spædbarnet, kan blive en familie der bliver sendt rundt i systemet, uden en reel hjælp på problemet, og en amning der i sidste ende risikerer at måtte opgives, mod moderens ønske. Malene fra Videnscentret fortæller:

Det kan jo gøre, at øh mor mister tilliden til sig selv altså. Hun kan mærke, at der er noget galt, men der er ikke nogen, der vil lytte. Der er ikke nogen, der vil tro på det. Så tænker hun, hun er en dårlig mor, og hun kan ikke finde ud af det her. Det er lige meget, om det er første, anden, tredje barn, fjerde. Det er den følelse, der vil være, og det spreder sig som ringe i vandet til resten af familien (bilag 7:23).

Her italesætter Malene altså en problematik omkring tillidstab. Mor kan miste tilliden til sig selv, når ingen vil tro på det hun siger. I Ammehåndbogen italesættes ellers i høj grad en diskurs om tillid, hvor man som sundhedspersonale skal bruge aktiv lytning med anerkendelse og accept af forældrenes synspunkter (bilag 12:13-40). At ammevejledningen i høj grad bygger på self-efficacy kan altså i nogle tilfælde få en negativ effekt. Hvis sundhedspersonalet følger vejledningen om at *“Få mor til at tro på, at hun kan godt, hun kan”* (bilag 5:59), som Gitte fra Brøndby fremhævede, kan indsatsen være kontraindicerende i de tilfælde, hvor nedsat funktionsevne hos barnet overses. Som Kamity et al. (2021) har pointeret, kan uopdaget dysfagi følge barnet længere ind i livet og potentielt set også medføre nedsat livskvalitet i voksenlivet. Dette er en bekymring, som deles af Malene.

Det forringer jo endnu mere livskvaliteten, hvis ikke det er, hvis vi ligesom ikke kommer i mål med at løse det så godt som vi kan. Øhm så på den lange bane vil det jo også have en masse socioøkonomisk, hvad skal man sige impact på samfundet. Så det er jo bare med at få lavet et godt forebyggende arbejde (bilag 7:22).

Her italesætter Malene en diskurs omkring forebyggelse, som hun diskursivt kæder sammen med livskvalitet og socioøkonomi. Sammen med forrige citat, får vi således en forståelse af, at manglende opsporing af dysfagi hos spædbarnet kan medføre nedsat livskvalitet hos både barnet, forældrene og andre i familien, og at dette kan have både menneskelige og økonomiske konsekvenser. Når vi ser på statistikken for fødselsdepression, kan vi se, at 11% af danske mødre og 7% af fædre rammes af dette (VIVE, 2022) og at kvinder, der oplever problemer med amningen, har højere risiko for at udvikle fødselsdepression (Brown, 2016). Sundhedsstyrelsen er ved at udvikle en national strategi for forældre med fødselsdepression, som skal: *“sikre en mere effektiv og forebyggende indsats samt understøtte et tæt samarbejde på tværs af sektorer mellem fødesteder, jordemødre, praktiserende læger, psykiatrien, den kommunale sundhedstjeneste og med forældrene”* (VIVE, 2022:3). En rapport udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed i 2014 beskriver, at der ses en sammenhæng mellem børns gråd, uro, spise- og søvnproblemer, hvilket samlet betegnes som *“regulatoriske problemer”* (Johansen & Holstein, 2014). Der er bemærket spiseproblemer i 7,7% af sundhedsplejerskernes journaler og der ses en *“tydelig ophobning af spiseproblemer i de familier, hvor sundhedsplejersken har haft bemærkninger til fødslen, til mors psykiske tilstand, forældre-barn-kontakt, søvn”* (ibid:4). På den baggrund mener vi, at der er belæg for

at overveje, om et større fokus på opsporing og behandling af dysfagi hos spædbørn også kan have en reducerende effekt på forekomsten af fødselsdepression.

9. Konklusion

Gennem analysen har vi belyst, at der lader til at være en gennemgående diskursorden, som foreskriver, at ammevejledning skal bygge på evidensbaseret viden og at psykosociale virkemidler er højt prioriteret. Ammehåndbogen er bygget op omkring studier af høj evidens, som kan påvise kausale effekter af sundhedspersonalets intervention. Vi har set, at kvantitative måleredskaber som monitorering af barnets vækst, er udslagsgivende for hvornår et spædbarn bør vurderes for dysfagi. Dysfagi reduceres således til kun at være vigtigt, når det står i vejen for vægtøgning, og er dette tilfældet, overføres barnet til hospitalsregi. Vejledningen omkring vækstmonitorering (bilag 11) kan derfor i et vis omfang siges diskursivt at mediere den dikotomiske opdeling af sundhedsvæsenet, som begrænser børnenes mulighed for sundhedsfremme. En dikotomi der medfører, at hospitalet håndterer det patologiske og det kommunale håndterer normalområdet. Denne opdeling synes at være intenderet fra politisk side, i det Sundhedsstyrelsen har bedt Kompetencecentret om at skære det patologiske fra i Ammehåndbogen. Som vi ser det, kan det være et forsøg på at begrænse udgifterne til behandlinger indenfor normalområdet. Når dysfagi hos spædbørn slet ikke nævnes i de politiske styringsdokumenter vi har analyseret, og det heller ikke fremtræder i de sproglige udsagn vi har fundet hos interviewpersonerne, kan vi med nogen sikkerhed konkludere, at dysfagi bliver overset af ammevejledere. Dette fordi normalitetsdiskursen og de psykosociale logikker, der medierer diskurserne i ammevejledningen, kan medføre denne effekt. Især synes det plausibelt at dysfagi kan blive overset af kommunalt ansatte sundhedsplejersker, da det kommunale primært skal håndtere normalområdet, og de i stor stil anvender Ammehåndbogen i deres daglige arbejde. Dermed er de med til at fastholde de diskursivt medierede logikker om, at ammeproblemer skyldes en psykosocial problemstilling, der bedst løses ved at påvirke mors self-efficacy. Effekter af denne repræsentation kan medføre kontraintenderede udfald, i det at ansvaret for om amningen lykkes bliver lagt over på mor. Hun vil således blive dømt til at mislykkes, have højere risiko for at udvikle fødselsdepression og muligvis opgive amningen tidligere end planlagt, når der er tale om

uopdaget dysfagi hos barnet. Konsekvensen kan så være yderligere omkostninger for samfundet, både menneskeligt, sundhedsmæssigt og økonomisk.

Blandt neonatalsygeplejerskerne på Rigshospitalet lader der til i højere grad at florere en patologisk diskurs omkring de faktorer, der kan påvirke amningen. Diskursivt åbner dette op for en bredere forståelse af de dysfagi-relaterede sammenhænge, der kan være mellem suttevanskeligheder og ammeproblemer og således også for hvordan problemerne kan løses. Spædbørn, der er indlagt på neonatalafdelingen, lader derfor til i højere grad at have mulighed for at få diagnosticeret og behandlet dysfagi, end spædbørn der er hjemme og hvor forældrene vejledes af en kommunalt ansat sundhedsplejerske. Diskurserne lader også til at indvirke på hvor tæt et tværprofessionelt samarbejde der er i praksis. Når den psykosociale diskurs træder i baggrunden, lader det til, at personalet i højere grad opsøger tværfaglig sparring, i det dette medfører en erkendelse af, at der kan være faktorer hos barnet, som ammevejlederen ikke selv er ekspert i. Selve behandlingen af dysfagi hos spædbørn lader dog til at stå på et ustabil fundament. Dette, da der ikke findes officielle danske vejledningsdokumenter, der kan sikre kontinuitet i behandlingen. Den sundhedsprofessionelle er derfor nødsaget til at opfinde egne behandlingsstrategier, som kan være skjulte for de tværfaglige samarbejdspartnere. Hvilke logikker og faglige rationaler der ligger til grund for disse strategier, kan vi ikke sige meget om i dette speciale, men vi synes at kunne spore en tendens til, at behandlingsrationaler fra voksenområdet ukritisk overføres til spædbarnsområdet. Ydermere er det bemærkelsesværdigt, at der lader til at være store strukturelle forskelle indbyrdes mellem kommunerne og mellem kommunalt og regionalt regi, som bidrager til ulighed i de behandlingstilbud, som spædbarnet med dievanskeligheder og mulig dysfagi kan modtage. Konklusionen må således være, at opsporing og behandling af dysfagi hos spædbørn i praksis er diskursivt medieret af sundhedspolitiske styringsdokumenter og betinget af strukturelle rammer, der tilsammen skaber ulighed i sundhed for både forældre og børn.

10. Perspektivering

Gennem undersøgelsen har vi tydeliggjort behovet for at retænke de muligheder, der er for at opspore og behandle dysfagi hos spædbørn. Vi har belyst, at tværsamarbejdet mellem professioner og sektorer rummer udfordringer, men at der er en velvilje til at samarbejde om opgaveløsningen. Den amerikanske sociolog og professionsteoretiker, Andrew Abbott, beskrev allerede i 1988 hvordan tværprofessionelt samarbejde udvikles i samspil med samfundets historiske udvikling, og hvordan specialisering og ekspertfunktioner skaber behov for udvikling af nye professioner (Abbott, 1988). Abbotts perspektiv får os til at overveje om nogle af årsagerne til mangelfuld opsporing og behandling af dysfagi hos spædbørn muligvis også kan findes her. Med den øgede kompleksitet i det hurtigt accelererende samfund (Rosa, 2014; Rosa, 2018) og styringsrationaler, der i højere grad rummer “potentialisering” (Andersen & Pors, 2014), kan der være brug for at retænke ammevejledningsprofessionen. Bør en ammevejleder ikke kunne varetage alle forhold, der relaterer sig til amning, således at man måske kunne kalde professionen for en *die- og ammekonsulent*?

I bekendtgørelsen om specialuddannelse til sundhedsplejerske er beskrevet, at ansvars- og funktionsområdet omfatter “[...] *vejledning, individuel støtte og rådgivning* [...]” (Retsinformation, 2022, kap. 2 § 2) og at sundhedsplejersken skal udføre “*funktionsundersøgelse*” (ibid). Der står ikke noget om at sundhedsplejersken skal *behandle* barnet. Retsligt er sundhedsplejersken således forpligtet til at funktionsundersøge barnet, hvilket vi vil argumentere for også bør indbefatte en screening for dysfagi, men han/hun må ikke behandle på en eventuel dysfunktion. Hvorfor lovgivningen er udformet således, kan der naturligvis være mange årsager til. Vi fristes til at tro, at markedsøkonomiske årsager kan være en del af årsagen, idet et konkurrencestatsligt rationale ser et behov for at kunne monitorere de sundhedsfremmende indsatser, der iværksættes (Lehn-Christiansen, 2016; Pedersen, 2007). Derigennem kan vi forestille os, at opdelingen af sundhedsprofessionernes ekspertfunktioner, som Abbott taler om (1988), opretholdes af markedsøkonomiske årsager. Abbott påpeger dog også, at professionernes egne interesser i at opretholde monopol, status og kontrol, er med til at opretholde opdelingen (ibid). På baggrund af den viden vi har akkumuleret gennem denne specialeproces mener vi, at mulighederne for at opspore og behandle dysfagi hos spædbørn afhænger af multiple

årsagssammenhænge. Vi opfordrer derfor både politikere, sundhedsprofessionelle og forskere til at være nysgerrige og åbne overfor nye måder at tænke sundhedsfremme på, som kan gavne spædbørn med dievanskeligheder, men også at huske på, at gamle rationaler ikke nødvendigvis er dårlige rationaler.

Litteraturliste

- Andersen N. Å. & Pors J. G. (2014). *Velfærdsledelse - Mellem styring og potentialisering*. Hans Reitzels Forlag
- Antonsich, M. (2010). Searching for Belonging - An Analytical Framework. *Geography Compass*. 4(6). 641-659. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2009.00317.x>
- Amager Hospital (2022, 2. Nov.). *Fælles om amning*. Hentet 27. maj. 2023 fra <https://www.amagerhospital.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/nyheder-fra-amager-hospital/Sider/F%C3%A6lles-om-amning.aspx>
- Ammenet (u.å.). *Certificerede ammekonsulenter*. Hentet 27. maj. 2023 fra <https://ammenet.dk/wiki/professionelle-ammekonsulenter>
- Bacchi, C. (2009). *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Pearson
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W. H. Freeman & Co. Ltd.
- Bickell, M., Barton, C., Dow, K., Fucile, S. (2018). A systematic review of clinical and psychometric properties of infant oral motor feeding assessments. *Developmental Neurorehabilitation*, 21(6), 351-361. <https://doi.org/10.1080/17518423.2017.1289272>
- Birch E.E., Garfield S., Castañeda Y., Hughbanks-Wheaton D., Uauy R., Hoffman D. (2007): Visual acuity and cognitive outcomes at 4 years of age in a double-blind, randomized trial of long-chain polyunsaturated fatty acid supplemented infant formula. *Early Human Development*, 83(5), 279-284.
- Brown, A., Rance, J., Bennett, P. (2016). Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *Journal of Advanced Nursing*. 72(2). 273–282. <https://doi.org/10.1111/jan.12832>
- Bruun S., Wedderkopp N., Mølgaard C., Kyhl H.B., Zachariassen G., Husby S. (2016). Using text messaging to obtain weekly data on infant feeding in a Danish birth cohort resulted in high participation rates. *Acta Pædiatrica*. 1. juni 2016, 105(6), 648–654.

- Buch-Hansen, H. & Nielsen, P. (2012). Kritisk Realisme (s. 227-318) I: Juul, S. & Pedersen, K.B. (Red.). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – En indføring*. Hans Reitzels forlag.
- CFKR (u.å.). *Om centeret..* Hentet 21. maj. 2023 fra <https://cfkr.dk/om-cfkr/formaal/>
- Chen C-H., Wang T-W., Chang H-M., Chi C. S. (2000). The Effect of Breast- and Bottle-Feeding on Oxygen Saturation and Body Temperature in Preterm Infants. *Journal of Human Lactation*, 16(1), 21-27.
- Dansk Selskab for Dysfagi (2022). *Hvad er dysfagi*. Hentet 3. mar. 2023 fra <https://dysfagi-dsd.dk/>
- DSR (u.å.) *Sundhedsplejens historie - Sundhedsplejens historie fra den første lov om sundhedspleje i 1938 til i dag*. Hentet 14. mar. 2023 fra [Sundhedsplejens historie | Dansk Sygeplejehistorisk Museum, DSR](https://www.dsr.dk/sundhedsplejens-historie)
- Ellehauge, E., Jensen, J. S., Grønhøj, C., Hjuler T. (2020). Trends of ankyloglossia and lingual frenotomy in hospital settings among children in Denmark. *Ugeskrift for læger*, 67(5) <https://ugeskriftet.dk/dmj/trends-ankyloglossia-and-lingual-frenotomy-hospital-settings-among-children-denmark>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196(4286):129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- E-sundhed (2023). *Amning og udsættelse for tobaksrøg i første leveår*. Hentet 15. mar. 2023 fra <https://www.esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-og-boern/Amning-og-udsættelse-for-tobaksroeg-i-foerste-leveaar>
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag
- Fairclough, N. (2013). *Critical Discourse Analysis - The Critical Study of Language*. (2. udg.). Routledge - Taylor & Francis Group
- GDPR (u.å.). *Databeskyttelsesforordningen*. Hentet d. 23. februar 2023 fra <https://gdpr.dk/databeskyttelsesforordningen/>

- Genna, C. W. (2017). *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (3. udg.). Jones & Bartlett Learning.
- Genna, C. W., Saperstein, Y., Siegel, S. A., Laine, A. F., & Elad, D. (2021). Quantitative imaging of tongue kinematics during infant feeding and adult swallowing reveals highly conserved patterns. *Physiological Reports*, 9(3). <https://doi.org/10.14814/phy2.14685>
- Gittel, J. H. (2012). Effektivitet i sundhedsvæsenet - samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. København: Munksgaard.
- Gonzales, P. R., Perez-Cabezas, V., Chamorro-Moriana, G., Molinero, C. R., Vazquez-Casares, A. M., Gonzalez-Medina, G. (2021). Effectiveness of Oral Sensory-Motor Stimulation in Premature Infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Systematic Review. *Children* 2021, 8(9), 758 <https://doi.org/10.3390/children8090758>
- Greene, Z., O'Donnell, C. P. F., Walshe, M. (2016, 20. sep). *Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants*. Hentet 16 .feb. 2023 fra <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009720.pub2>
- Hanson L.A., Korotkova M., Lundin S., Håversen L., Silfverdal S., Mattsby-Baltzer I., Strandvik B., Telemo E. (2003). The transfer of immunity from mother to child. *Annals of the New York Academy of Sciences* 987(1), 199-206.
- Hatami, A., Dreyer C. W., Meade, M. J., Kaur, S. (2022). Effectiveness of tongue-tie assessment tools in diagnosing and fulfilling lingual frenectomy criteria: a systematic review. *Australian Dental Journal*, 2022 (3), 212-219. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12921>
- Hauck F.R., Thompson J.M.D., Tanabe K.O., Moon, MD R.Y., Vennemann M.M. (2011). Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Death Infant Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics* 128(1),103-110. <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/128/1/103/30379/Breastfeeding-and-Reduced-Risk-of-Sudden-Death-Infant?redirectedFrom=fulltext>

- Horta B.L., Mola C.L., Victora C.G. (2015, 20. juli). *Long term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type 2-diabetes: systematic review and meta-analysis*. Hentet 3. mar. 2023 fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13133>
- Hvidovre Hospital (u.å.). *Barnet i midten, Fysio- og Ergoterapeutisk Afdeling*. Hentet 7. maj. 2023 fra <https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/fysio-og-ergoterapeutisk-afdeling/om-afdelingen/Sider/barnet-i-midten.aspx>
- IBLCE (2023). *What is an IBCLC?* Hentet 27. maj. 2023 fra <https://iblce.org/about-iblce/#What-Is-An-IBCLC>
- Ip S., Chung, M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D., Trikalinos T., Lau J. (2007). Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. *AAP Grand Rounds* (2007) 18 (2): 15–16. <https://publications.aap.org/aapgrandrounds/article-abstract/18/2/15/87655/Breastfeeding-and-Maternal-and-Infant-Health?redirectedFrom=fulltext>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). *De Kommunale Nøgletal*. Hentet 14. apr. 2023 fra <https://www.noegletal.dk>
- Jensen, M. D., Kvist, J. (2019). Hvordan laver man en stærk analysestrategi (s. 43-59). I: Kristensen, C.J., Hussain, M.A. (red.) *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udg.). Forlaget Samfundslitteratur.
- Johansen, A., Holstein, B. E., (2014). Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2014. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2014/graad_uro_og_spiseproblemer_blandt_spaedboern_rapporteret_af_sundhedsplejersker
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L., (1999). *Diskursanalyse som teori og metode* (s. 9-33, 72-104). Forlaget Samfundslitteratur.

- Kamity, R., Kapavarapu, P. K., Chandel, A. (2021). Feeding problems and long-term outcomes in preterm infants - A systematic approach to evaluation and management. *Children*. 2021, 8(12) 1158 <https://doi.org/10.3390/children8121158>
- Kjærsgaard, A. (2005). *Ansigt, mund og svælg - Undersøgelse og behandling efter Coombes-konceptet*. FADL's Forlag
- Komiteen for Sundhedsoplysning (2020). *National klinisk retningslinje for undersøgelse og behandling af ankyloglossi hos ammede spædbørn*. Hentet 24. apr. 2023 fra http://kompetencecenterforamning.dk/media/179119/20200811_nkr_stramt_tungeb_nd.pdf
- Kompetencecenter for Amning (2021). *Nyhedsbrev juni 2021*. Hentet 13. mar. 2023 fra http://kompetencecenterforamning.dk/media/185495/nyhedsbrev_juni_2021.pdf
- Kompetencecenter for Amning (2022). *Om kompetencecentret*. Hentet 27. maj. 2023 fra <http://kompetencecenterforamning.dk/om-kompetencecentret.aspx>
- Kompetencecenter for Amning (2023). *Kompetencecentrets ansatte*. Hentet 20. feb. 2023 fra <http://www.kompetencecenterforamning.dk/om-kompetencecentret/kompetencecenterets-ansatte.aspx>
- Kristensen, C. J. (2019). Forskningsetik i samfundsvidenskaberne (s. 77-93) I: *Metoder i Samfundsvidenskaberne*. (2. udg.). Forlaget Samfundslitteratur
- Kristensen, J. E. (2014). Velfærdsprofessionerne i konkurrencestaten - i lyset af velfærdspolitikens omkalfatring (s. 165-188) I: Larsen L. T., *Professioner under pres: Status, viden og styring*. Hans Reitzels Forlag
- Krogstrup, H. K. (2016). Introduktion til evaluering som begreb og fænomen. (Del 1, afsnit 2) I: *Evalueringsmodeller* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Interview, Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. udg.) Hans Reitzels Forlag.
- Køppe, S. (2008). En moderat eklekticisme. *Psyke & Logos*, 29(1), 27-35. Hentet 20. feb. 2023 fra <https://doi.org/10.7146/pl.v29i1.8426>

- Lawlor, C. M., Sukgi, C. (2020). Diagnosis and Management of Pediatric Dysphagia: A Review. *JAMA otolaryngology - Head & Neck Surgery*. 2020, Vol.146(2), p.183-191. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2019.3622>
- Lehn-Christiansen, S. (2016). Tværprofessionel samarbejde - én løsning på mange udfordringer? I: *Tværprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. København: Munksgaard.
- Lund-Blix, N.A., Sander, S.D., Størdal, K., Andersen, A.N., Rønningen, K.S., Joner, G., Skriverhaug T., Njølstad P.R., Husby S., Stene L.C. (2017). Infant Feeding and Risk of Type 1 Diabetes in Two Large Scandinavian Birth Cohort. *Diabetes Care* 40(7),920-927.
- Martin, R.M., Gunnell, D., Owen, C.G., Smith G.D. (2005). Breast-feeding and childhood cancer: A systematic review with metaanalysis. *International Journal of Cancer* 117(6),1020-1031.
- Martinelli, R. L. C., Marchesan, I. Q., Berretin-Felix, G. (2012). Lingual frenulum protocol with scores for infants. *International Journal of Orofacial Myology and Myofunctional Therapy*, 38(1), 104-112.
- Michaelsen, K. F., Larsen, P. S., Thomsen, B. L., Samuelson, G. (1994). The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatrica*. 1. juni 1994 83(6),565-571. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1994.tb13082.x>
- Nielsen, A. H., Eskildsen, S. J., Danielsen, J., Haastrup, P., Jellinghof, A. B., Riis, J., Krarup, A. L., Mortensen, H. R., Philipsen, B.B., Rommel, N., Melgaard, D. (2022). Defining dysphagia - a modified multi-professional Danish Delphi study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 58(6) 583-588. <https://doi.org/10.1080/00365521.2022.2151850>
- Nilsson, I. (2016). *Less is more. Early discharge following birth – how do we support mothers to effective breastfeeding?* [Ph.D. dissertation]. Section for Nursing Science, Aarhus University
- Nomas International (u.å.). *Directory of NOMAS® Practitioners Worldwide*. Hentet 26. feb. 2023 fra <https://www.nomasinternational.org/practitioners.php?sid=all>

- Pados, B. F., Park, J., Estrem, H., Awotwi, A. (2016). Assessment Tools for Evaluation of Oral Feeding in Infants Less than Six Months Old. *Advances in Neonatal Care*. 16(2),143-150. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000255>
- Pedersen, D. (2004). Ledelsesrummet og managementstaten. (s. 104-133) I: Pedersen, D. (red.) Offentlig ledelse i managementstaten. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Pedersen, K. B., Nielsen, S. B., Land, B. (2012). Behovet for teorier om sundhedsfremme. I: Dybbroe, B., Land, B., Nielsen, S. B. (red.) *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv*. (s. 27-39). Forlaget Samfundslitteratur.
- Philipsen, B. B., Mortensen, H. R., Melgaard, D. (2019). Dysfagi. *Ugeskrift for Læger* 181(9) [V09180594] <https://ugeskriftet.dk/videnskab/dysfagi>
- Potvin, L., Balbo, L. (2007). From a Theory Book to a Theory Book. (s. 6-12) I: McQueen, D. V. & Kickbusch (red.), *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. Springer Science & Business Media
- Poulsen, B. (2019). Semistrukturerede interviews. (s. 75-94) I: Kristensen C.J. & Hussain M.A. *Metoder i samfundsvidenskaberne*. (2. udg.) Forlaget Samfundslitteratur.
- Rasmussen, L. T., Remvig, K., Wien, C. (2022). Litteratur- og informationssøgning til opgaven. (s. 149-174) I: Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. *Den gode opgave - Håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning*. (6. udg.). Forlaget Samfundslitteratur.
- Retsinformation (2022). *BEK nr 22 af 11/01/2022 - Bekendtgørelse om specialuddannelse til sundhedsplejerske*. Hentet 26. maj. 2023 <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/22>
- Rigshospitalet (u.å.). *Om Videnscentret, Videnscenter for Amning af Børn med Specielle Behov*. Hentet 16. maj. 2023 fra <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/videnscenter-for-amning-af-boern/om-videnscentret/Sider/om-videnscentret.aspx>
- Rosa, H. (2014). En teori om social acceleration. (s. 17-40). I: *Fremmedgørelse og acceleration*. Hans Reitzels Forlag

- Rosa, H. (2018). Available, accessible, attainable: the mindset of growth and the resonance conception of the good life. (s. 39–54) I: H. Rosa & Henning. C. (Red.), *The Good Life Beyond Growth*. Routledge.
- Sangild, P.T. (2006). Gut responses to enteral nutrition in preterm infants and animals. *Experimental Biology and Medicine (Maywood)*, 231(11), 1695-1711.
- Sanka, M. J., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, J., Bahl, R. (2015). Optimal breastfeeding practises and infant and child mortality. *Acta Pædiatrica* 2015 Dec, 104 (467), 3-13. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13147>
- Skaaning, D., Carlsen, E., Brødsgaard, A., Kyhnæb, A, Pedersen, M., Ravn, S., Pryds, O., Kronborg, H. (2020). Randomised oral stimulation and exclusive breastfeeding duration in healthy premature infants. *Acta Pædiatrica*. 109(10). 2017–2024. <http://doi.org/10.1111/apa.15174>
- Smith, L. J. (2007). Impact of Birthing Practices on the Breastfeeding Dyad. *Journal of midwifery and women's health*, 52(6),621-630. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.07.019>
- Sommer, D. (2023, 18. mar.). *Børnepsykologi. Den Store Danske*. Hentet 2. maj. 2023 fra <https://denstoredanske.lex.dk/b%C3%B8rnepsykologi>
- Sonne-Ragans, V. (2019). *Anvendt videnskabsteori: Reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver*. (2. udg.). Forlaget Samfundslitteratur
- Specht, I. O., Rohde, J. F., Olsen, N. J., & Heitmann, B. L. (2018). Duration of exclusive breastfeeding may be related to eating behaviour and dietary intake in obesity prone normal weight young children. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200388>
- Stramtungebaand.dk (u.å.). *Symptomer på stramt tungebånd*. Hentet 28. apr. 2023 fra <https://www.stramtungebaand.dk/symptomer/>
- Stormhøj, C. (2006). *Poststrukturalismer - videnskabsteori, analysestrategi, kritik*. Forlaget Samfundslitteratur.

Sundhedsaftalen (u.å.). *Udskrivelse ved normal fødsel*. Hentet 23. feb. 2023 fra [Udskrivelse ved normal fødsel - Sundhedsaftalen](#)

Sundhedsstyrelsen (2015). *Monitorering af vækst hos 0-5 årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger*. Hentet 12. mar. 2023 fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~-/media/A72D478EDC6F4298ACEE1E9AE545BF83.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse*. Hentet 18. feb. 2023 fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017//-/media/Udgivelser/2017/Forloebprogrammer/Forl%C3%B8bsprogram-for-b%C3%B8rn-og-unge-med-Spiseforstyrrelser.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2018). *National klinisk retningslinje for øvre dysfagi – opsporing udredning og udvalgte indsatser*. Hentet 6. feb. 2023 fra https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Dysfagi/Quick-guide-dysfagi.ashx?sc_lang=da&hash=51C65E118783A86D5F3DE3654144C9AC

Sundhedsstyrelsen (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*. Hentet 22. feb. 2023 fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2023). Nilsson, I., Busck-Rasmussen, M., Halling, C. B. (red.). *Amning - En håndbog for sundhedspersonale*. (red.) Hentet 6. feb. 2023 fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Amning-h%C3%A5ndbog-for-sundhedspersonale.ashx>

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2020). Interviewet: samtale som forskningsmetode (s. 33-63) I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative metoder, en grundbog* (3. udg.) Hans Reitzels forlag.

Umay, E., Eyigor, S., Giray, E., Saygi, E. K., Karadag, B., Kocaaslan N.D., Yuksel D., Demir .A.M., Tutar E., Tikiz C., Gurcay E., Unlu Z., Celik P., Akyuz E.U., Mengü G., Bengisu S., Alicura S., Unver N., Yekteusaklari N., Uz, C. ... Nazli F. (2022). Pediatric dysphagia overview: best practice recommendation study by multidisciplinary experts. *World Journal of Pediatrics*. 2022(18)715–724. <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00584-8>

VIA (u.å.). *Specialuddannelsen til Sundhedsplejerske*, Hentet 7. mar. 2023 fra <https://www.via.dk/efter-og-videreuddannelse/uddannelsesstilbud/uddannelser/specialuddannelsen-til-sundhedsplejerske>

Victoria C.G., Bahl R., Barros A.J.D., França G.V.A., Horton S., Krasevec J., Murch S., Sankar M.J., Walker N. Rollins N.C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016; 387(10017):475–490.

VIVE (2022). *Indsatser i forhold til fødselsdepression - En litteraturgennemgang af eksisterende viden*. Hentet 20. maj. 2023 fra <https://www.vive.dk/da/udgivelser/indsatser-i-forhold-til-foedselsdepression-17003/>

Wambach, K., Spencer, B. (2021). *Breastfeeding and Human Lactation*. (6. udg.). Jones & Bartlett Learning.

WHO (u.å.). *Health Promotion*. Hentet 21. maj. 2023 fra <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>

Yngve, A., Sjöström, M. (2001). Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutrition*;4(2b) 729-739 <https://doi.org/10.1079/phn2001164>

Bilagsfortegnelse

Bilag 1. Forundersøgelser

Bilag 2. Litteratursøgning

Bilag 3. Invitationer til interviews

Bilag 4. Transkription af interview med sundhedsplejerske og svar på mail

Bilag 5. Transkription af interview med sundhedsplejen i Brøndby og svar på mail

Bilag 6. Mailkorrespondance med Ragnhild Måstrup

Bilag 7. Transkription af interview med Videnscenter for Amning af Børn med Specielle

Bilag 8. Transkription af interview med Kompetencecenter for Amning

Bilag 9. Interviewguides

Bilag 10. Transskriptionsnøgle

Bilag 11. Monitoreringskema af vækst 0-5 årige børn

Bilag 12. Amning - en Håndbog for Sundhedspersonale