



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

Prosjekt utland, fagartikkel

# **Ammeveiledning – Et skritt mot å bekjempe vertikal smitte av HIV**

(Breastfeeding guidance – A step towards ending  
vertical transmission of HIV)

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10011

Antall ord: 4886

## **Abstrakt**

**Introduksjon:** Humant Immunsviktvirus (HIV) er en global epidemi. I 2018 ble det registrert at 37,9 millioner mennesker i verden lever med HIV, og at 1,7 millioner av dem var nydiagnostiserte. Amming er i dag den største kilden til vertikal smitte. I 2017 ble omtrent halvparten av 180 000 HIV diagnostiserte barn smittet via amming. Artikkelen tar for seg hvordan sykepleiere kan forebygge HIV smitte til barn gjennom ammeveiledning.

**Metode:** Kvalitativ metode er benyttet. Et pilotintervju og tre semistrukturerte intervjuer av sykepleiere med relevant erfaring ble gjennomført på to undervisningssykehus i Namibia. Intervjuene ble gjennomført i februar og mars 2020 under en åtte ukers praksisperiode i landet. Intervjuene ble i ettertid analysert og gjennomgått. Strukturerte og ustrukturerte observasjoner ble også benyttet.

**Resultat:** Resultatet viser at sykepleierne har god kunnskap og et ønske om å veilede mødre med HIV under hele graviditeten og i ammeperioden. De understreker at eksklusiv amming er en hovedfaktor for å unngå vertikal smitte, og at helseveiledning er viktig for at mødre skal forstå alvoret. Svært mange mødre er alene under hele svangerskapet og det er derfor lett for dem å falle av veiledningen etter fødselen.

**Avslutning:** Implementering av mestringskompetanse hos mødre er en viktig faktor i ammeveiledningen. Å føle trygghet og mestring betyr mye for hvordan mødre håndterer situasjonen. I dag er amming den største kilden til vertikal smitte, og fokus på god og tilstrekkelig veiledning gjennom ammeprosessen er viktig for å forebygge at HIV smitte overføres fra mor til barnet.

## **Abstract**

**Introduction:** Human immunodeficiency virus (HIV) is a global epidemic. In 2018 37,9 million people were registered living with HIV in the world. 1,7 million of them were newly registered. Breastfeeding is the biggest cause of vertical transmission today, and in 2017 approximately half of 180 000 children got infected through breastfeeding. This article emphasizes how nurses can prevent HIV transmission to children with breastfeeding guidance.

**Method:** Qualitative method is used. One pilot interview and three semi-structured interviews with nurses with relevant experience were conducted at two teaching hospitals in Namibia. The interviews were conducted in February and March 2020 during an eight weeks clinical placement in the country. The interviews were subsequently analysed and worked through. Structured and unstructured observations were also used.

**Results:** The results show that the nurses have sufficient knowledge and a target to guide mothers with HIV during their pregnancy and breastfeeding period. They underline that exclusive breastfeeding is a main factor to avoid vertical transmission, and that health guidance will help the mothers to understand the importance of it. Many mothers are alone during their pregnancy, and it is therefore easy for them get lost to follow up after giving birth.

**Ending:** Implementing self-efficacy to the mother, is an important factor when it comes to guiding them. That has a great impact on how mothers handle their situation. Breastfeeding is the biggest cause of vertical transmission today, and therefore it is important for focus on good and sufficient guidance through the breastfeeding process to prevent HIV transmission from the mother to the child.

## Introduksjon

Humant Immunsviktvirus (HIV) er en global epidemi. I 2018 ble det registrert at 37,9 millioner mennesker i verden lever med HIV. 1,7 millioner av dem var nydiagnostiserte (1). Å bekjempe epidemien av ervervet immunsviktsyndrom (AIDS) er en del av De Forente Nasjoners (FN) bærekraftsmål nummer 3 som omhandler god helse (2, 3). Et land som ser ut til å være på god vei mot å bekjempe epidemien, er Namibia (4).

I Namibia er det, ifølge Namibia Population-Based HIV Impact Assessment (NAMPHIA), omtrent 204 207 personer som lever med HIV. Den årlige forekomsten av nye HIV tilfeller er i dag 0.36% av landets befolkning. Namibia er således et av de få landene i Afrika som er på god vei til å kontrollere HIV og bekjempe AIDS epidemien globalt innen 2030 (5). Joint United Nations Program on HIV and AIDS (UNAIDS) opprettet i 2011 90-90-90 programmet som et hjelpemiddel i bekjempelsen av AIDS. Hovedmålet er at alle HIV-positive skal få behandling. UNAIDS opprettet delmål, som skulle nås innen 2020. De målene nådde Namibia allerede i 2015 (4, 6).

For å bli autorisert sykepleier må du i Namibia gjennom 4 år med utdanning. I tillegg til å bli sykepleier, blir du også autorisert jordmor. Årsaken til at jordmor utdanningen ble implementert som en del av sykepleieutdanningen var høye fødselstall.

For å bekjempe AIDS, er målet til FN ingen nye HIV smittetilfeller i 2030. Et stort skritt mot å nå dette målet er å få slutt på at mor smitter barnet sitt under svangerskapet (5-10%), fødsel (10-20%) eller i ammeperioden (10-20%), kjent som vertikal smitte (7). Å unngå vertikal smitte av HIV er allerede oppnådd i høyinntektsland. Årsaken er god bruk av antiretroviral (ARV) medisiner under svangerskapet, fødsel og amming. Bruk av medisiner kan redusere risikoen for vertikal smitte fra 15-45%, til under 5%. (8, 9).

Når målet med sykepleiers pedagogiske funksjon er at pasienten skal få økt livskvalitet, er det ifølge professor og sykepleier Sidsel Tveiten hensiktsmessig å fokusere på mestring. Dette er noe som kan oppnås gjennom veiledning fra sykepleiere (10). Mestring går ut på at personer mestrer oppgaver og utfordringer som vedkommende møter på i løpet av livet (11). I boken «Veiledning – mer enn ord», definerer Tveiten at «veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot at mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier» (12, s. 11).

Humanetiske verdier legger til rette for at veiledningen blir god, gjennom å anerkjenne den enkelte og dens muligheter, som igjen er en del av empowermentprosessen (12). Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer *empowerment* som en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse (13).

I en studie utført i Onandjokwe distriktet i Namibia var målet å finne de modifiserbare faktorene innen Prevention against mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) for å tilegne seg kunnskap om hvordan vi kan unngå vertikal smitte (8). PMTCT er et program som ble opprettet av UNAIDS for å bekjempe vertikal smitte. I 2005 ble Namibia et av UNAIDS sine 24 prioriterte PMTCT land (9, 14).

I 2010 ble programmert «Mothers2Mothers (m2m) – Mentor Mother Program» startet opp som en del av noen PMTCT klinikker i Uganda. Programmet går ut på at kvinner med HIV som allerede har vært gjennom en eller flere graviditeter, får veiledning, undervisning og lønn til å veilede andre kvinner med HIV under og etter deres svangerskap. M2m programmet ble innført som en del av 31 PMTCT klinikker og sammenlignet med 31 andre PMTCT klinikker uten m2m programmet for å vurdere effekten. Resultatene var betraktelig bedre blant mødene på klinikkene med m2m programmet (15). I dag er m2m programmet innført i 10 land sør for Sahara (16).

Amming er den største kilden til vertikal smitte. I 2017 ble omtrent halvparten av 180 000 HIV diagnostiserte barn smittet via amming. Hovedårsakene er at mor ikke møter opp til kontroller etter barnet er født, eller at de ikke følger veiledningen de får til amming etter fødselen (7). Ifølge WHO anbefales mødre å amme eksklusivt de første 6 månedene av barnets liv. Dette kommer tydelig frem i WHO sine ti trinn for vellykket amming (17). Om mor er HIV positiv blir de i høyinntektsland, som Norge, frarådet å amme da de fleste har god tilgang på morsmelkerstatning og rent vann (18). WHO har egne retningslinjer for mødre i lavinntektsland som er HIV positive. Der blir mødre fortsatt oppfordret til å amme eksklusivt uten å gi noe tillegg, blant annet fordi de ikke har tilgang til de samme resursene som i høyinntektsland (19).

Fødselstallet er høyt i Namibia, og selv om PMTCT klinikker er innført, faller spesielt mødre med HIV av oppfølgingen etter fødsel og under ammeperioden. I studiet fra Onandjokwe så de på modifiserbare faktorer for å forhindre vertikal smitte. Studiet viser at ved å forstå smitteårsakene og fokusere på god veiledning underveis i hele svangerskapet kan sykepleiere støtte kommende mødre og dermed unngå vertikal smitte (8).

Min studie bygger på innhentet data i forbindelse med emnet praksis utland HSYK304P (20), som jeg gjennomførte med medstudenter ved to offentlige sykehus i Namibia og resultater fra litteratursøk. Sammen skal det belyse problemstillingen min:

*«Hvordan kan sykepleiere forebygge HIV smitte til barn ved ammeveiledning på sykehus i Namibia?»*

#### **Avgrensning:**

I denne studien har jeg fokusert på mødre med HIV i svangerskapet og de 6 første månedene av ammeperioden og hvordan ammeveiledning kan bidra til å forebygge vertikal smitte. Hovedfokuset er mødre med HIV som ammer og hvordan sykepleiere på to sykehus, med

tilhørende klinikker, i Namibia kan veilede dem. Det er i denne studien fokusert på veiledning som helhet, og forskjeller mellom de ulike tilnærmingene er ikke utdypet.

## **Metode**

### **Valg av metode**

Jeg har valgt å bruke kvalitativ metode. Begrunnelsen er at kvalitativ metode gir en nærhet til teorien og anses å være hensiktsmessig da metoden gir mulighet til å se sammenhenger i fagfeltet som undersøkes. I tillegg gir metoden mulighet til å skaffe en dybde og en bedre forutsetning for å forstå sykepleiernes personlige tanker om deres rolle i veiledning av amming til mødre i Namibia som er HIV positive (21).

### **Samarbeid**

Datainnsamlingen ble gjennomført i samarbeid med en medstudent som også fokuserte på HIV og vertikal smitte. Vi samarbeidet under hele prosessen som har vært en styrke for innhenting av data og analyseringsprosessen. Spesielt var det en styrke under gjennomføringen og dokumenteringen av intervjuene.

### **Datainnsamling**

Det ble gjennomført et pilotintervju og tre semistrukturerte intervjuer av sykepleiere. Det ble innhentet mye god informasjon gjennom pilotintervjuet vårt, og det er derfor tatt med i studien. Alle intervjuene ble gjennomført på to undervisningssykehus i Namibia våren 2020. Relevant undersøkelse og litteratursøk ble gjennomført i forkant av utvekslingen og la grunnlaget for utarbeidelsen av en intervjuguide (vedlegg 2) (22). I tillegg til intervjuene ble det gjennomført både strukturerte og ustrukturerte observasjoner av situasjoner med relevans for studien. Observasjonene ble loggført fortløpende underveis (21).

I tillegg til egen datainnsamling, er det også gjort litteratursøk i databaser som PubMed, Ovid og Oria. God informasjon er også hentet fra WHO sine retningslinjer om PMTCT fra 2018 (9), en rapport om modifiserbare faktorer innen PMTCT programmet fra Namibia i 2019 (8) og en rapport på mothers2mothers programmet utført i Uganda fra 2014. I tillegg til WHO sine ti trinn for vellykket amming (17).

### **Utvalg av informanter**

Fire sykepleiere på fire forskjellige avdelinger ble valgt ut til å gjennomføre intervjuet. To informanter ble valgt ut på bakgrunn av deres særegne og kompetente stilling i relasjon til mødre med HIV og fokus på vertikal smitte. De to andre informantene, ble valgt ut på bakgrunn av den enes kompetanse i forkant av graviditet og den andres kompetanse under fødsel. I tillegg var kriteriene at alle informantene er registrerte sykepleiere, at de har kunnskap til HIV, minimum 1 år med jobberfaring og gode engelskferdigheter.

### **Etiske overveielser**

Alle informantene fikk utlevert et skriftlig samtykkeskjema med informasjon minimum en dag før intervjuet ble holdt (vedlegg 1). Deltakelsen i intervjuet var frivillig for informantene og de kunne trekke seg så lenge studiet pågikk. Både informantene og jeg fikk begge hvert

vårt signerte samtykkeskjema. Alle intervjuobjektene er anonymiserte og all data er behandlet konfidensielt (21). Av hensyn til sykepleiernes anonymitet og mulighet til gjenkjenning ut i fra deres særegne stilling er sykehusene ikke spesifisert (21).

### **Analyse**

Under hvert intervju ble svarene notert og oversatt til norsk på stedet. I etterkant av intervjuene ble resultatene raskt gjennomgått og skrevet inn i hvert sitt dokument i felleskap med min medstudent. Dette ble gjort for å sammenlikne om vi hadde felles oppfatning og informasjon på bakgrunn av de tilbakemeldingene vi hadde fått. Det gav oss en god oversikt og muligheten til å trekke ut relevant og ønsket innhold uten at viktige elementer fra intervjuet ble fjernet. Det ble utført systematiske observasjoner, men også ustrukturerte observasjoner på avdelingene. De ustrukturerte observasjonene er ikke metodiske, og er derfor i ettertid behandlet med et kritisk blikk. Det er bevisst lagt vekt på at slike observasjoner kun er praksisrelatert og kan representere enkelttilfeller (21).



## Resultater

Alle informantene var i ulike aldersgrupper og det var en variasjon på hvor lenge de hadde jobbet i sykepleieryrket. To av informantene hadde særegne og kompetente stillinger i relasjon til mødre med HIV og jobbet aktivt med fokus på vertikal smitte. En annen jobbet med HIV positive før- og under de første ukene av graviditeten, og den siste hadde kompetanse fra fødeavdelingen. Ingen av dem hadde videreutdanning, men de tre som hadde HIV som hovedelement har alle vært gjennom «Nurse-initiated and managed antiretroviral treatment» (NIMART) sitt program. Dette er et program som alle sykepleiere som jobber med pasienter med HIV må gjennomføre for å få godkjenning. Dette for at de skal ha tilstrekkelig kunnskap til å informere og veilede pasienter med HIV. Informantene er hentet fra to sykehus og ingen av dem jobber med hverandre. Utvalget av informantene gir nyanserte resultater på bakgrunn av ansiennitet og erfaring, men er ikke spesifisert nærmere i denne studien da dette ikke er hensiktsmessig for problemstillingen.

## Informasjon og veiledning

I avdelingene kom det tydelig frem at HIV er et hovedfokus i Namibia. I alle avdelingene hang det blant annet tydelige plakater med informasjon om temaet. I tillegg til plakater nevnte informantene at Namibia har et stort fokus på å spre kunnskap om HIV. De fortalte at informasjonen i tillegg kan komme via radio, sosiale organisasjoner, tv, rollespill og brosjyrer, men at dialog er den beste måten å informere og veilede pasienter på.

*Det viktigste er å snakke med dem. Mange liker ikke å lese. I tillegg er det mødre med lav utdanning som kommer til dette sykehuset. (Informant 4)*

Det er stort fokus på HIV veiledning til gravide kvinner, både til HIV positive og HIV negative. Ved hver oppfølging under graviditeten blir alle som ikke allerede er HIV positive testet. Testingen skjer på PMTCT klinikker som er en del av svangerskapsomsorgen. Hver dag informeres gravide mødre om HIV i grupper, individuelle samtaler underveis og etter at pasienten har blitt testet. På dager for førstegangskonsultasjon har sykepleierne kapasitet til å veilede omtrent 30 stykker. På dager for oppfølging kan de veilede opptil 90 stykker. Mødrene som er HIV positive følger samme prosedyre og dager for oppmøte som HIV negative. Forskjellen er at mødre med HIV får hyppigere oppfølging hos PMTCT under graviditeten og i ammeperioden. I Namibia snakker de flere språk og den individuelle samtalen er derfor ekstra viktig med tanke på at gruppeinformasjonen gis på engelsk.

*Det blir gitt gruppeundervisning, deretter individuelle samtaler tilpasset pasientenes behov. Ved den individuelle samtalen blir informasjonen som ble gitt i plenum repetert for å sikre at pasientene har forstått hva som ble sagt (Informant 3)*

Jeg fikk delta på flere individuelle samtaler og informantene viste godt kunnskapsnivå. Det jeg la merke til var at de fortalte og viste tydelig at de ønsker pasientens beste. Jeg oppfattet

også at sykepleierne informerte mødrene teoretisk på hva de skulle gjøre, fremfor praktisk veiledning og involvere dem i større grad. Samtidig uttrykket de under intervjuene at de fokuserer på å utdanne mødre med å gi dem riktig informasjon. Alle informantene nevnte kunnskap om helse og forebygging som ett av punktene da jeg spurte om de kunne nevne tre ting de som sykepleiere kan gjøre for å forhindre vertikal smitte av HIV.

*Din helse er ditt ansvar. Jeg kan informere og veilede så mye jeg vil, men det er opp til pasienten hvordan hun vil bruke informasjonen (Informant 2)*

### **Ammeveiledning**

Alle informantene var tydelige på at eksklusiv amming i seks måneder var viktig for alle spebarn, og spesielt viktig for spebarn av mødre med HIV. Dette ble flere ganger nevnt under de individuelle samtalene jeg fikk observere og mødrene fikk forklart hvorfor det var viktig å ikke gi noe i tillegg til morsmelk. Selv med god informasjon kom det tydelig frem at flere mødre var redde og bekymret for at de kom til å smitte barnet sitt med HIV om de ammer. Informantene nevnte at mødrene også var usikre på hvor mye morsmelk barnet skulle få, og hvor mange ganger daglig de skulle ammes. Flere av mødrene virket usikre på seg selv og sin kunnskap.

*Det skal være umulig for mor å smitte barnet sitt dersom hun går på medisiner, barnet får neuropin og blir ammet eksklusivt. (Informant 2)*

Et hovedtema som blir tatt opp er at mødre i Namibia bare har tre måneder med permisjon før de må tilbake på jobb. Dette gjør det vanskeligere for mødrene å amme eksklusivt. På det ene sykehuset, med høyere standard og færre pasienter, fortalte informanten at mødrene får opplæring i å pumpe melk, slik at barnet kan få morsmelk selv om mor må jobbe.

*Amming er viktig, det gir naturlig næring til barnet. (Informant 3)*

Informasjon og ammeveiledning skjer hovedsakelig før og etter fødsel. Det kom tydelig frem at de ikke har kapasitet til dette på føden. Det nevnes, i tillegg til at jeg observerte, at de fleste mødre allerede er i gang med fødselen når de ankommer føden. Det ble også nevnt at det har blitt født flere enn 700 barn på det ene sykehuset fra januar til starten av mars. Langt utover den kapasiteten sykehuset er ment å ha. Det er derfor ikke kapasitet til ammeveiledning etter at barnet er født. Mor og barn får en times tid alene, der mor oppfordres til å amme, før de flyttes på barselavdelingen. Personlig ble jeg spurt av mødre om hvordan man ammer da sykepleier ikke hadde tid til praktisk veiledning.

### **Alenemødre**

Gjennom egne observasjoner, intervjuene og samtaler med sykepleiere fikk jeg et tydelig inntrykk av at mange mødre i Namibia er alene under hele graviditeten og får eneomsorg for barnet. Dette var spesielt tydelig på det ene sykehuset jeg var på. Sykehuset ble omtalt av

sykepleierne som sykehuset for de fattige. Når mødrene kommer på førstegangskonsultasjon må de blant annet registrere en kontaktperson. Er de ikke gift blir de oppfordret til å registrere andre i egen familie fremfor barnets far.

*Menn her i Namibia holder seg ikke til en person, noe som resulterer i at ca. 80% av mødrene ender opp med å ha eneomsorgen for barnet sitt. (Informant 1)*

Mange mødrene er alene under sykehusbesøkene i Namibia. Dette skyldes blant annet stor avstand fra distriktene til sykehusene. Det finnes PMTCT avdelinger på de fleste helseklinikker i distriktene, men informantene fortalte at de fleste ikke utnytter seg av oppfølgingen der. De tror det er tryggest å dra på sykehuset. Selv fikk jeg ikke hospitert på en helseklinikk i løpet av praksisperioden, og kan derfor ikke uttale meg om hvordan oppfølgingen er der.

## Diskusjon

Denne studien er konsentrert rundt problemstillingen; «*Hvordan kan sykepleiere forebygge HIV smitte til barn ved ammeveiledning på sykehus i Namibia?*» Mine hovedfunn viser at Namibiske kvinner med HIV er avhengig av god veiledning under graviditeten for å unngå vertikal smitte. Lavt utdanningsnivå blant pasientene gjør at god dialog står sentralt i veiledningen. Svært mange mødre i Namibia er alenemødre og alle informantene har fokus på å informere om viktigheten av eksklusiv amming. Støtte, mestringskompetanse og *empowerment*, er alle sentrale faktorer for å oppnå god veiledning ifølge Tveiten (10, 12). Med bakgrunn i egne funn, er det grunn til å tro at mangel på de tre faktorene påvirker hvordan mødre med HIV i Namibia mottar veiledning. Forskning viser at flere dropper ut av oppfølging etter fødsel, og det har vært en økning av HIV smitte gjennom amming (8, 9).

### **Kan sykepleier veilede mødre med lavt selvbilde?**

Utfra egne observasjoner opplevde jeg flere mødre som var usikre på seg selv og egen kompetanse. Tveiten viser til at for å bygge mestringskompetanse, må pasienten ha forståelse og positive holdninger, i tillegg til kunnskap og innsikt (10). Flere gravide kommer på svangerskapskontroll uten å vite hvorfor, og noen kommer i tillegg på førstekontroll sent i tredje trimester. Dette gjør at de ikke blir veiledet tilstrekkelig, som igjen kan føre til at de lettere faller av oppfølgingen etter fødsel selv om oppfølgingen er ekstremt viktig for mødre med HIV.

Forskning viser at mødre stopper å møte opp på oppfølging fordi de ikke forstår viktigheten av den (7). Gjennom egne observasjoner oppfattet jeg at sykepleierne sitter inne med god kunnskap, men at de individuelle samtalene gikk mer ut på å informere hva mor skulle gjøre enn å vise dem rent praktisk hvordan det skal gjøres. Studiet gjort i Uganda med *mothers2mothers* (m2m) programmet viste at veiledning med fokus på *empowerment* og mestring var med på å minke antall HIV smittede barn (15).

Tveiten uttaler at «riktig» holdning er essensielt å utvikle dersom pasienten skal opparbeide seg mestringskompetansen som trengs for god atferd og praksis rettet mot egen sykdom (10). Jeg opplevde at mødre møtte opp på svangerskapskontroller og oppfølginger uten å forstå viktigheten av de. Holdninger er ikke direkte observerbare, men er en personlig respons på en situasjon et menneske befinner seg i (23). Det kan tenkes at gravide med HIV i Namibia sine holdninger kan forklares med mangel på kunnskap. Dette kan igjen støtte teorien om at holdninger ofte er overtatt relativt ureflektert fra for eksempel en kultur eller et miljø man føler tilhørighet i (23).

Egne funn viste at HIV er et omtalt tema i Namibia og at ved riktig veiledning og praksis skal det være umulig å smitte sitt eget barn med HIV dersom mor og barn går på medisiner og mor ammer eksklusivt. Til tross for dette har mødre lav tiltro til seg selv, og liten trygghet i egen kunnskap. Mestringskompetanse kommer ikke av seg selv, selv om tilstrekkelig teoretisk

kunnskap er formidlet fra sykepleierne, og positive holdninger er på plass hos mødrene. Tveiten påpeker at sykepleiere, foruten om å bidra til høyrere kunnskapsnivå og positive holdninger, må kunne legge til rette for at kvinner oppdager og styrker troen på egne muligheter (10). Tveiten påpeker videre at sykepleiere må lære kvinnene å se hvilke handlinger som blir aktuelle for seg selv, og på den måten styrke kvinnens egen evne til selvledelse og *empowerment* (10). På den måten kan mødrene bli sikrere på seg selv og trygg på at de er i stand til å ta vare på barnet sitt uten å smitte det gjennom amming. Sykepleiere er en viktig støtte til mødrene i veien mot å oppnå mestringskompetanse, som igjen legger et godt grunnlag for god veiledning. Dette fremkommer i Tveiten sin definisjon (12, s. 11).

### **Får mødrene god nok ammeveiledning?**

Fra studiet gjort i Onandjokwe distriktet i Namibia, kom det frem at 61% av smittetilfellene var knyttet til mor og 30% var knyttet til helsepersonell. Dette skyldes dårlig, eller ingen, bruk av medikamenter, tilleggskost de første 6 månedene og dårlig oppfølging, spesielt i ammeperioden. Alle faktorene kunne ifølge studiet, vært unngått (8).

Gjennom egne funn observerte jeg at ammeveiledningen startet ved andre svangerskapskontroll der mødre med HIV får spesiell veiledning. Spørsmålet er om mødrene får god nok praktisk veiledning i å amme. Det jeg observerte var at fremfor å veilede i hvordan god amming foregår, veiledes mødrene med HIV i hva som er risikoen dersom mor ikke ammer barnet sitt eksklusivt.

Fra WHO sine ti trinn for vellykket amming er det fire vesentlige faktorer som trekkes ut for å oppnå vellykket amming; hud mot hud, ammestilling, sugetak og tidlig tegn på sult (17). Fire faktorer som skal på plass i løpet av timen etter fødsel, *the golden hour* (24). Jeg observerte hud til hud kontakt mellom mor og barn i det barnet ble født. Deretter ble barnet tatt fra mor for å veies og ble gitt tilbake når sykepleier var helt ferdig med mor. Deretter fikk mor en time alene med barnet sitt der de ble oppfordret til å amme, før de ble flyttet ned på barselavdelingen. Selv observerte jeg ingen praktisk ammeveiledning i løpet av første timen etter fødsel.

De to første trinnene av WHO sine ti trinn fokuserer på at sykepleiere og helsepersonell må ha godt kjennskap til ammeprosedyrer og oppdatert kunnskap for å gi best mulig ammeveiledning. Ammeveiledningen bør, ifølge WHO, starte så tidlig som mulig i svangerskapet for å forberede de gravide på hvordan de ammer (17). Allerede i svangerskapet bør mødrene få veiledning i gode ammestillinger og tidlige tegn til sult hos barn. Ved å kunne tegnene, vil mor kunne forså hvor ofte hun må amme barnet sitt, et spørsmål flere mødre stilte sykepleierne før og etter fødsel. Kunnskap gir mestringskompetanse, som er viktig for å oppnå god veiledning (12). Dette var noe jeg opplevde manglet i ammeveiledningen da fokuset lå på hva som skjer dersom de ikke ammer riktig, istedenfor først å gjøre mødrene trygge på selve ammingen.

Omsorg før, under og etter fødsel kommer tydelig frem i trinnene til WHO. I trinn 4 påpekes det at mor og barn bør ha uforstyrret tid sammen etter fødsel og bistand fra sykepleier til å starte ammeprosessen så raskt som mulig (17). Dette var noe mødrene i Namibia fikk, med unntak av selve veiledningen. Det kommer også tydelig frem at barnet skal eksklusivt ammes og at det skal legges til rette for veiledning i å pumpe dersom mor ikke får vært med barnet sitt døgnet rundt (17). Pumping av morsmelk ble nevnt som et tiltak på det ene sykehuset av en informant, men det ble ikke nevnt på det andre.

Et av hovedargumentene til at mødre med HIV begynte å gi tilleggskost sammen med morsmelk, av mødrene jeg observerte, er Namibias 3 måneder med permisjon. Derfor er trinn 6, som omhandler tillegg viktig. Det å tidlig veilede mødre med HIV i prosessen om å pumpe for å fortsatt kunne amme barnet sitt eksklusivt etter permisjonstiden, vil være med på å øke tallene for mødre med HIV som eksklusivt ammer i 6 måneder (8, 15).

Et av sykehusene jeg var på er kjent for å være et ammevennlig sykehus, og jeg opplevde at de startet tidlig med ammeveiledning. Likevel opplevde jeg en avstand mellom teori og praksis. Da jeg delte ut plakater av WHO sine 10 trinn for vellykket amming på forskjellige avdelinger, opplevde jeg at dette var noe de kjente til. Plakatene ble gjennomgått og hengt opp sånn at både sykepleiere og mødrene kunne lese dem (vedlegg 3) (25). Under praksisen min var jeg ikke på samme avdeling hele veien og jeg fikk derfor ikke observert om plakatene tilførte noen endring i sykepleiernes praksis.

### **Hvordan styrke mødre i samme situasjon?**

Det kom også frem i studien fra Onandjokwe distriktet i Namibia, at 10% av vertikal smitte forekom som resultat av dårlig koordinering mellom sykehus og primæromsorgen, som for eksempel helseklinikkene i nærområdet (8).

Evalueringen av mothers2mothers (m2m) programmet i Uganda gikk ut på å innføre Mentor Mothers på 31 PMTCT klinikker der. Målet var å sammenlikne effekten av Mentor Mothers ved å sammenlikne resultater med 31 PMTCT klinikker uten m2m programmet (15).

Under evalueringen av programmet kom det frem at det hadde en positiv innvirkning på veiledningen av mødre med HIV gjennom hele graviditeten og ammeperioden. I tillegg var Mentor Mothers en ressurs for sykepleierne. Mentor Mothers fokuserer på å gi mødrene håp da mentorene selv er bevis på at det går bra. Mentorene fokuserte på å trygge mødrene, gi dem mestring og empowerment (15). Faktorer som Tveiten fokuserer på i veiledning (10, 12). Studiet viser at Mentor Mothers gir gravide HIV positive en trygget under graviditeten fordi mentorene har vært i samme situasjon (15). Om programmet hadde blitt anvendt i Namibia kunne det bedret overgangen fra sykehuset til helseklinikkene i distriktene (8).

Det kommer også frem i studiet at 90,1% av mødre med HIV som hadde tilgang på m2m programmet ammet eksklusivt i 6 måneder, mot 55,9% av de som ikke hadde tilgang på

programmet (15). Eksklusiv amming er viktig, og noe alle informantene nevnte under intervjuene. Studiet viser i tillegg at mødrene alt i alt hadde et bedre psykisk velbehag, i tillegg til mindre risiko for smitte (15). Jeg observerte at ammeveiledning rett etter fødsel var noe sykehusene ikke hadde kapasitet til på grunn av stor pågang og mange fødsler. Mentor Mothers kunne her vært benyttet som en resurs for sykepleierne under hele graviditeten, og spesielt timen etter fødsel (17).

### **Styrker og svakheter i metoden**

Kvalitativ metode ga meg mulighet til en nærhet og forståelse for sykepleieres personlige tanker om deres rolle i ammeveiledning til mødre med HIV. Metodevalget er en styrke da det ga meg mulighet til å utvikle forståelse i en ny kulturell kontekst, i tillegg til å danne helhet og sammenhenger på tvers av nyanserte samfunn (21). Samtidig har det begrensede utvalget informanter, alle kvinnelige, gjort at få individers erfaringer kommer med i resultatene, og bredden blir tilsvarende liten. Dette ser jeg på som en svakhet da funnene ikke nødvendigvis representerer utvalget av erfaringer som finnes i praksisfeltet (21). Jeg ser på det som en styrke at min medstudent og jeg valgte ut informantene selv, at de representerte ulik arbeidserfaring, avdelinger og alder, som gir mulighet for nyanserte svar.

Jeg ser på det som en styrke at vi først utførte et pilotintervju, før vi ferdigstilte intervjuguiden. Intervjuene ble gjennomført på engelsk, ingen av deltakernes morsmål. Dette kan anses å være en svakhet, fordi resultatet kan være påvirket av språklige misforståelser og feil fortolkning. I tillegg fikk vi ikke benytte oss av lydopptak, som gjorde at vi måtte notere og oversette intervjuet samtidig som vi intervjuet. Dette anses som en svakhet da viktig informasjon kan ha gått tapt i fortolkningen. Det var en styrke at vi var to stykker under alle intervjuene og begge noterte. På den måten kunne vi sammenlikne og se om vi hadde forstått informantene likt. Det må også nevnes at egne observasjoner fra avdelingene vil være personavhengig. Jeg har jobbet for å observere og tolke så nøytralt som mulig, men er bevisst på at min bakgrunn og holdninger kan ha farget resultatet i mer eller mindre grad.

Det har vært en styrke at jeg har tidligere erfaring som frivillig i afrikanske land og har derfor bygget opp en viss kulturell forståelse. Tidligere erfaringer gjorde at jeg var trygg i min tilnærming til sykepleierne og lettere kunne sette meg inn i deres kultur og væremåte. Jeg kunne derfor fokusere mer på min sykepleiefaglige kompetanse i et kulturelt perspektiv med fokus på kultursensitiv sykepleie, som har vært en styrke i denne studien (26).

HIV er et globalt problem og det finnes derfor mye forskning på dette feltet. Likevel er det lite spesifikk forskning fra Namibia og ammeveiledning generelt til mødre med HIV. Funnene i denne studien representerer de to sykehusene hvor vi hadde vår praksis og utvalget er derfor for lite til å kunne si noe om landets ammeveiledning til mødre med HIV. Likevel kan studien bidra til å sette søkelys på viktigheten av ammeveiledning for å unngå vertikal smitte fra mødre med HIV, og bidra til et engasjement for videre forskning på tematikken.

## **Avslutning**

Denne studien har vist at sykepleiere i Namibia har god kunnskap, men at det er avstand mellom teori og praksis. Et av målene til FN er ingen nye HIV smittetilfeller i 2030 og fokus på å bekjempe vertikal smitte er derfor viktig. I dag er amming den største kilden til vertikal smitte. Med riktig kunnskap kunne de fleste smittetilfellene vært unngått.

Ved at sykepleiere i større grad fokuserer på mestringskompetanse hos mødrene vil det føre til bedre veiledning og økt trygghet blant mødrene på at de kan. For å bygge mestringskompetansen må veiledningen ikke bare fokusere på teoretisk kunnskap og holdninger, men sykepleierne må også legge til rette for at mødrene får tilstrekkelig praktisk veiledning og tro på at dette kan de klare.

Mine observasjoner i denne studien har vist at implementering av mestringskompetanse hos mødrene med HIV, god og tilstrekkelig veiledning gjennom ammeprosessen, med utgangspunkt i WHO sine ti trinn for vellykket amming, kan være med på å forebygge HIV smitte til barn. Ved bruk av m2m programmet vil tidligere mødre være et godt bevis på at det er mulig å ikke smitte barnet sitt, i tillegg vil de kunne bidra som støttespillere under ammeveiledningen for å forebygge HIV smitte til barn i Namibia.

Ved å fokusere på egne verdier, holdninger og kunnskapsmangel har både utenlands praksis og denne studien gjort meg mer bevisst og styrket min kulturelle sensitivitet og kompetanse som sykepleiestudent. Det har gitt meg en større personlig utvikling, som vil gjøre meg til en bedre fremtidig sykepleier, spesielt i møte med pasienter med en annen kulturell bakgrunn. Denne pasientgruppen er voksende i Norge og likeverdig behandling og kulturell kunnskap er viktige voksende egenskaper hos sykepleiere i Norge.



## Referanser:

1. UNAIDS. Aids by the numbers (Internett). 2018. (Sisert 5. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://www.unaids.org/en>
2. Sekreteriatet, HIV Norge. Hva er HIV? Hva er AIDS? (Internett) 2020. (Sisert 24 mai 2020). Tilgjengelig på: <https://hivnorge.no/om-hiv/hva-er-hiv-hva-er-aids/>
3. FN. Nye HIV-tilfeller (Internett). 2018. (Sisert 7. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://www.fn.no/Statistikk/HIV-smitte>
4. Ministry of Health and Social Services Directorate of Special Programmes. National Guidelines for Antiretroviral Therapy (Internett). 6 utg. August 2019. Tilgjengelig på: [https://www.namhivsociety.org/media/hivsoc/Pdf/art\\_guidelines/Final%20ART%20Guidelines.pdf?fbclid=IwAR2bgrkm5QOXnBzbcKA-XkIIo\\_gUM9IEDT9KUFfyJM9cSqhZ0oHtvoQA7Lk](https://www.namhivsociety.org/media/hivsoc/Pdf/art_guidelines/Final%20ART%20Guidelines.pdf?fbclid=IwAR2bgrkm5QOXnBzbcKA-XkIIo_gUM9IEDT9KUFfyJM9cSqhZ0oHtvoQA7Lk)
5. UN. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all ages (Internett). 2020. (Sisert 24 mai 2020). Tilgjengelig på: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
6. UNAIDS. 90-90-90: Treatment for all (Internett). 2017. (Sisert 13. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://www.unaids.org/en/resources/909090>
7. Engebretsen IMS, Tylleskär T. HIV, amming og antiretrovirale medisiner (Internett). 2010. (Sisert 7. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2010/03/internasjonal-medisin/hiv-ammig-og-antiretrovirale-medisiner>
8. Shayo FS, Mash B. Modifiable factors within the prevention of mother-to-child transmission programme associated with failure to prevent HIV transmission in the Onandjokwe district of Namibia (Internett). 2018. (Sisert 19 mai. 2020). Tilgjengelig på: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20786190.2018.1518024>
9. AVERT. Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV (Internett). 2020. (Sisert 6. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://www.avert.org/printpdf/node/375?fbclid=IwAR038wKY22W0lvNgUj07ls8w7FiXZTT2JpDDTTV5n0om8IK8hBVcKW36HsA>
10. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. 2. utg. Lørenskog: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2009

11. Svartdal F. Mestring I: Store norske leksikon (Internett). 2018. (sitert 19. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://snl.no/mestring>
12. Tveiten S. Veiledning: - mer enn ord. 5 utg. Bergen: Fagbokforlaget. Vigmostad & Bjørke AS; 2019
13. Vågen A, Olsson, ABS. Empowerment – egenkraftmobilisering (Internett). 2018. (Sitert 20 mai 2020). Tilgjengelig på: <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/egenkraftmobilisering/>
14. UNDP. Mål 3. God helse (Internett). 2015. (Sitert 14. mai 2020). Tilgjengelig på: [https://www.no.undp.org/content/norway/no\\_no/home/post-20151/sdg-overview/goal-3.html](https://www.no.undp.org/content/norway/no_no/home/post-20151/sdg-overview/goal-3.html)
15. Zikusooka CM, Kibuuka-Musoke D, Bwanika JB, Akena D, Kwesiga B, Abewe C, mfl. Summary: External Evaluation and Cos-Benefit Analysis of mothers2mothers' Mentor Mother Programme in Uganda (Internett). 2014. (Sitert 13. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://www.issuelab.org/resources/20894/20894.pdf>
16. M2m. Where we work (Internett). 2020. (Sitert 15. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://m2m.org/what-we-do/where-we-work/>
17. Oslo Universitetssykehus, National kompetansetjeneste for amming. Mor-barnvennlig standard (MBV). Ti trinn for vellykket amming (Internett). 2018. (Sitert 19. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammning/Documents/Ti%20trinn%20for%20vellykket%20ammning%202020-02-12.pdf>
18. Rojahn A, Klingenberg C, Døllner H, Calisch TE. Prosedyre. HIV-infeksjon -LEGE, Barne- og ungdomsklinikken (BAR)/Nyfødtintensiv avdeling. Oslo Universitetssykehus. Versjon 1. 2013.
19. WHO, UNICEF. Guideline: Updates on HIV and infant feeding. (Internett). 2016. (Sitert 15. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf?sequence=1>
20. NTNU. HSYK204P – Praksisstudier i utlandet, valgемne (Internett). 2019. (Sitert 29. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://www.ntnu.no/studier/emner/HSYK304P#tab=omEmnet>

21. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017
22. Drageset S, Ellingsen S. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. Sykepl Forsch. 2011;(4):332–5
23. Svartdal F. Holdning. I: Store norske leksikon (Internett). 2018. (Sisert 14. mai 2020). Tilgjengelig på: <http://snl.no/holdning>
24. Neczypor JL, Holley SL. Providing evidence-based care during the golden hour (Internett). 2017. (Sisert 24. mai 2020) Tilgjengelig på: [https://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(17\)30281-7/pdf](https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(17)30281-7/pdf)
25. WHO, UNICEF. The ten steps to successful breastfeeding (Internett). 2018. (Sisert 19. mai 2020). Tilgjengelig på: [https://www.who.int/docs/default-source/nutritionlibrary/bfhi-poster-a2-breastfeeding.pdf?sfvrsn=bcaf8b67\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/nutritionlibrary/bfhi-poster-a2-breastfeeding.pdf?sfvrsn=bcaf8b67_2)
26. Rødal C. Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse (Internett). 2012. (Sisert 29. mai 2020). Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/848793.pdf>

## **(Vedlegg 1)**

### **Consent Form for Interview**

#### **Background for interview:**

We are two Norwegian nursing students who are on exchange from the Norwegian University of Science and Technology. We are here to collect information for our bachelor thesis, in the last year of our nursing bachelor. We want to gather information about how nurses at the hospitals in Namibia contribute to preventing vertical transmission of HIV.

#### **Why you are invited to participate in the interview:**

We presume that you have knowledge about our theme, and this is why we are inviting you to help us by participating in this small interview. We do not intend to evaluate your practice but learn and understand. The questions are already prepared, but feel free to add something if you feel that it is important.

#### **Methods:**

Small interview, where we need to take notes.

#### **Privacy, anonymity and confidentiality:**

We assure that the privacy, anonymity and confidentiality of data/information identifying you/your patient will be strictly maintained. We will keep all medical information and description as confidential.

#### **Right not to participate and withdraw:**

Your participation in the interview is voluntary, and you have the sole authority to decide for or against your participation. If you regret the interview, you can send us a message and withdraw as long as the study is ongoing without giving us any reason.

Your signature on this consent form indicates your agreement to participate in this small interview.

#### **Our contact information:**

We hope you will give us the time to participate in the interview and answer our questions.

You will be given a copy of this form to keep, whether you agree to participate or not. The second signed consent form will be kept by me.

We want to thank you for your understanding and cooperation.

I have read the consent form and agree to participate in this interview.

Date and location:

---

Signature of participant

---

## **(Vedlegg 2)**

### **INTERVIEW**

#### **A) Introduction:**

- Who are we?
- Explain why we want to interview that specific nurse.
- Deliver consent letter with information about the bachelor thesis.

#### **B) The nurse (informer):**

1. How long have you been working as a nurse?
2. Which wards do you have experience with?
3. What do you think are the most important thing you can do as a nurse to prevent mother to child transmission of HIV? (mention the 3 most important things)

#### **C) Pregnancy consultations:**

4. Are all pregnant women committed to go on pregnancy consultations?
5. Is all of the consultations and possible treatment, such as medication, free to all patients?

#### **D) Information**

6. Where is the information about HIV-transmission from mother to child given?
7. How is the information given to prevent transmission of HIV from mother to child?
8. How different is the information about HIV and breastfeeding given in urban areas compared from regions areas? Is there any culture differences?
9. How do you as a nurse take action in preventing HIV being transmitted from mother to child?
10. Are there any programs or guidelines from the Health Ministry about HIV and breastfeeding?

**E) Breastfeeding**

11. What information is given to HIV-positive mothers when it comes to breastfeeding?
12. Are HIV-positive mothers given different information about breastfeeding than HIV-negative mothers?
13. Do mothers ask many questions about breastfeeding when they are HIV positive?

**F) Risks:**

14. What is the biggest cause of the child being infected with HIV from their mother (before and after birth)?
15. Are there often cases where the baby was infected while the mother was on medication for HIV or used PREP?
16. Are there cases where the child got infected through breastfeeding?

**G) Social status and community:**

17. How big of a stigma/taboo is HIV?
18. Is it any myths about HIV?

(Vedlegg 3)

# The TEN STEPS to Successful Breastfeeding

## 1 HOSPITAL POLICIES

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Not promoting infant formula, bottles or teats
- Making breastfeeding care standard practice
- Keeping track of support for breastfeeding

## 2 STAFF COMPETENCY

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Training staff on supporting mothers to breastfeed
- Assessing health workers' knowledge and skills

## 3 ANTENATAL CARE

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Discussing the importance of breastfeeding for babies and mothers
- Preparing women in how to feed their baby

## 4 CARE RIGHT AFTER BIRTH

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Encouraging skin-to-skin contact between mother and baby soon after birth
- Helping mothers to put their baby to the breast right away

## 5 SUPPORT MOTHERS WITH BREASTFEEDING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Checking positioning, attachment and suckling
- Giving practical breastfeeding support
- Helping mothers with common breastfeeding problems

## 6 SUPPLEMENTING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Giving only breast milk unless there are medical reasons
- Prioritizing donor human milk when a supplement is needed
- Helping mothers who want to formula feed to do so safely

## 7 ROOMING-IN

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Letting mothers and babies stay together day and night
- Making sure that mothers of sick babies can stay near their baby

## 8 RESPONSIVE FEEDING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Helping mothers know when their baby is hungry
- Not limiting breastfeeding times

## 9 BOTTLES, TEATS AND PACIFIERS

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Counsel mothers on the use and risks of feeding bottles, teats, and pacifiers

## 10 DISCHARGE

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Referring mothers to community resources for breastfeeding support
- Working with communities to improve breastfeeding support services

