

MASTEROPPGAVE

Samfunnsernæring

Mai 2019

Utvikling av kultur- og språksensitivt tekstinnhold til den fremtidige appen Samtale om mat på helsestasjon-2

En kvalitativt utforskende studie basert på Suitability Assessment of Materials

Vilde Henningsgård



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en svært utfordrende og lærerik prosess.

Først ønsker jeg å takke for at jeg fikk være med på å bidra til SOMAH2-prosjektet. Å utjevne sosiale helseforskjeller er et mål jeg stiller meg sterkt bak, og tiltak som SOMAH2 vil være en del av arbeidet som vil bidra til å nå dette målet.

Jeg ønsker å rette en takk til alle som bidro i masteroppgaven min. Takk til alle helsesykepleierne og jordmødrene som deltok i prosjektet, og en stor takk til Nasjonal Kompetansetjeneste for Amming for anbefalinger og ressurser til arbeidet.

Takk til Liv Elin Torheim, Navnit K. Grewal, Anne Marie Lilleengen og Laura Terragni for veiledning og råd under skriveprosessen, for faglige innspill, og hjelp til rekruttering og gjennomføring av møter hos NKA og med ressursgrupper.

En stor takk til venner og familie som har gitt mye støtte og oppmuntring når ting har vært vanskelig, og takk til landsmøtet for Norsk Studentorganisasjon 2019 for at det ga meg en enorm mestringstro. En ekstra stor takk til veilederen min, Liv Elin Torheim, for all tålmodigheten og oppmuntringen igjennom hele prosessen.

Sammendrag

Bakgrunn: Å øke amming i Norge er en politisk prioritet og krever målrettede tiltak mot sårbare grupper for å bidra til utjevningen av sosial ulikhet i helse. I InnBaKost-studien fant man lav forekomst av både amming og fullamming blant mødre med somalisk- og irakisk bakgrunn. Masterprosjektet er en del av SOMAH2-prosjektet ved OsloMet - Storbyuniversitetet, og har som målsetting å utvikle og teste språklig- og kultursensitiv informasjon om amming i en SOMAH2-app til bruk av helsepersonell under veiledning med foreldre på helsestasjon og barsel.

Metode: Masteroppgaven er en utforskende studie som har utviklet et innhold som kan brukes i den endelige SOMAH2-appen. Det kvalitative utviklingsdesignet er basert på prinsippene i Suitability Assessment of Materials-metoden (SAM). Tekstutforming og egnethetsvurdering av materialet foregikk over en todelt prosess. Teksten ble basert på eksisterende veiledere fra Nasjonal Kompetansetjeneste for amming og de nasjonale retningslinjene for spedbarnsernæring og svangerskapsomsorgen. Utformingen ble veiledet av SAM-instrumentet. Materialet er revidert av fire ressursgrupper bestående av helsesykepleiere og jordmødre med tilknytning til helsestasjoner i Akershus og Oslo-regionen. Egnethetsvurderingen av det reviderte materialet ble gjort elektronisk med et tilpasset SAM-instrument.

Resultat: Totalt 13 helsesykepleiere og jordmødre deltok i revideringen fordelt på fire ressursgrupper. Totalt fem fra dette utvalget deltok i egnethetsvurderingen av materialet de hadde vært med på å revidere. Under revidering og validering kom det til uttrykk at det var utydelig for målgruppen hvem veilederen egentlig er ment for. Materialet som ble utviklet i denne masteren hadde en samlet SAM-score på 85%.

Konklusjon: Teksten vil være egnet for den endelige SOMAH2-appen. Videre arbeid med utviklingen av innhold til SOMAH2 kan basere seg på bruk av SAM-instrumentet.

Abstract

Background: Increasing the rates of breastfeeding and exclusive breastfeeding is a political priority in Norway and requires adapted interventions aimed toward vulnerable groups to aid the reduction of social inequality in health. The InnBaKost-study found low rates of breastfeeding and exclusive breastfeeding among Somali and Iraqi mothers living in Norway. This masters' thesis is a part of the SOMAH2-prosjekt at OsloMet - Oslo Metropolitan University, a project which will develop a culturally and language sensitive digital communications tool for health professionals for use in breastfeeding promotion in maternity wards and health clinics. This thesis aims to develop content and test the cultural and language fit of the produced material.

Method: The development of the content has been done by an explorative design based on the principles of the Suitability Assessment of Materials-method (SAM). Development of content and testing of the suitability has been conducted over a two step-process. The content is based on existing written materials for health professionals from the National Competence Service for Breastfeeding and the national recommendations for infant nutrition and antenatal care. Development of content has been guided by the SAM-instrument. Revision was conducted by an expert panel consisting of public health nurses and midwives connected to health care centres located in the Oslo-Akershus area. The suitability assessment of the revised content was conducted with an adapted SAM-instrument.

Results: A total of 13 public health nurses and midwives over four groups participated in the revision of the SOMAH2-content. A total of five from this selection participated in the suitability assessment. Insecurities regarding who the content was meant for was expressed in a minority of the groups during revision. The contents developed for SOMAH2 in this masters' thesis had a SAM-score of 85%.

Conclusion: The produced content is suitable for the SOMAH2 app. Continued development of content can be based in the SAM-method.

Innholdsfortegnelse

Liste over figurer	VII
Liste over tabeller	VIII
Liste over vedlegg	IX
Liste over forkortelser	X
Introduksjon	1
1.1 Målsettinger	2
2 Teori	4
2.1 Anbefalinger for amming og spedbarnsernæring	4
2.1.1 Amming og fullamming	4
2.1.2 Tilleggs kost	5
2.2 Helseeffekter av amming	6
2.2.1 Korttidseffekter	6
2.2.2 Langtidseffekter	7
2.3 Næringsinnhold i morsmelk	8
2.4 Forekomst av amming i Norge	9
2.4.1 InnBaKost-studien	9
2.4.2 Faktorer som påvirker amming og ammestatus i Norge	11
2.5 Sosial ulikhet i helse	13
2.5.1 Sammenhengen mellom amming og sosial ulikhet i helse	14
2.6 Veiledning om amming i Norge	15
2.6.1 Mødres opplevelser av ammeveiledning på barsel og etter hjemkomst	15
2.7 Språk- og kultursensitivitet i et helseperspektiv	17
2.7.1 Kultursensitivitet som konsept	18
2.7.2 Språk og helsefremmende allmenndannelse	20
2.7.3 Utvikling av kultursensitive intervensjoner og verktøy	21
2.8 SOMAH2	22

2.8.1	Brukerundersøkelse for SOMAH2.....	23
3	Metode	24
3.1	Suitability Assessment of Materials	25
3.2	Utvalg	26
3.2.1	Rekruttering til revidering	27
3.2.2	Rekruttering til egnethetsvurdering.....	28
3.3	Del 1: utforming av SOMAH2-materialet.....	28
3.3.1	Plan for tekstutforming.....	29
3.3.2	Trinn 1: Ammeteori.....	29
3.3.3	Trinn 2: Suitability Assesment of Materials som kvalitetssikringsmetode.....	31
3.3.4	Trinn 3: Revidering	32
3.4	Del 2: Egnethetsvurdering av SOMAH2-materialet	35
3.4.1	Oversetting og tilpasning av SAM-instrument.....	35
3.4.2	Veiledning om egnethetsvurderingen.....	37
3.5	Etiske betraktninger	38
4	Resultater	39
4.1	Revidering av SOMAH2-materialet.....	39
4.1.1	Ressursgruppens innspill til SOMAH2-materialet.....	40
4.1.2	Endringer i SOMAH2-materialet etter revideringer	44
4.2	Egnethetsvurdering med tilpasset SAM-instrument.....	47
4.2.1	Feilmåling.....	47
4.2.2	SAM-Score.....	48
4.2.3	Fritekstsvar	48
5	Diskusjon	50
5.1	Valg av metode	50
5.2	Utvalg og rekruttering	51
5.2.1	Ressurspersoner til revideringer.....	51

5.2.2	Respondenter til egnethetsvurdering	51
5.3	Utvikling av SOMAH2-materialet	52
5.3.1	Kultur- og språksensitivitet i SOMAH2.....	53
5.4	Revideringsprosessen	57
5.5	Egnethetsvurdering	59
5.6	Øvrige betraktninger.....	60
6	Konklusjon.....	62
	Vedlegg	72
	VEDLEGG 1: Invitasjon til deltakelse i ressursgrupper	72
	VEDLEGG 2: Samtykkeskjema.....	74
	VEDLEGG 3: Semistrukturert intervjuguide	75
	VEDLEGG 4: Notatskjema til revideringsmøter	76
	VEDLEGG 5: Innspillnotater fra gruppe 1	78
	VEDLEGG 6: Innspillnotater fra gruppe 2	79
	VEDLEGG 7: Innspillnotater fra gruppe 3	80
	VEDLEGG 8: Fullstendig oversikt over inkluderte og ekskluderte temaer i SAM-evaluering for SOMAH2	81
	VEDLEGG 9: Tilpasset SAM-instrument for SOMAH2.....	83
	VEDLEGG 10: Invitasjonsskriv for deltakelse i egnethetsvurderingen	88
	VEDLEGG 11: Oppfølging av deltakere til egnethetsvurdering	89
	VEDLEGG 12: Veileder for SAM-evaluering	91
	VEDLEGG 13: Siste utgave av SOMAH2-materialet	93

LISTE OVER FIGURER

Figur 1: Forondas konseptanalyse av kultursensitivitet	Side 18
Figur 2: Skjematisk fremstilling av arbeidsprosessen bak SOMAH2- materialet	Side 24, 29
Figur 3: Eksempel på oversettelse i tilpasset SAM-instrument for SOMAH2	Side 35
Figur 4: Tilleggsforklaring 1 under kategori «kulturell egnethet»	Side 36
Figur 5: Tilleggsforklaring 2 under kategori «kulturell egnethet»	Side 37
Figur 6: Utdrag fra revidering i den første gruppen	Side 40
Figur 7: Illustrasjon av revidering i SOMAH2-materialet	Side 40
Figur 8: Utdrag fra endelig versjon av SOMAH2-materialet	Side 47

LISTE OVER TABELLER

Tabell 1:	Statistikk over amming og fullamming ved ulike alderstrinn	Side 9
Tabell 2:	Ammestatus blant etnisk norske barn og barn med innvandrerbakgrunn	Side 10
Tabell 3:	Sammenlikning av innhold i første og siste utgave av SOMAH2-materialet	Side 45
Tabell 4:	Utregning av SAM- score	Side 48
Tabell 5:	Fritekstsvar fra egnethetsvurdering ved bruk av SAM	Side 49

LISTE OVER VEDLEGG

Vedlegg 1:	Invitasjon til deltakelse i ressursgrupper	Side 72-73
Vedlegg 2:	Samtykkeskjema	Side 74
Vedlegg 3:	Semistrukturert intervjuguide	Side 75
Vedlegg 4:	Notatskjema til revideringsmøter	Side 76-77
Vedlegg 5:	Innspillnotater fra gruppe 1	Side 78
Vedlegg 6:	Innspillnotater fra gruppe 2	Side 79
Vedlegg 7:	Innspillnotater fra gruppe 3	Side 80
Vedlegg 8:	Fullstendig oversikt over inkluderte og ekskluderte temaer i SAM-evaluering for SOMAH2	Side 81-82
Vedlegg 9:	Tilpasset SAM-instrument for SOMAH2	Side 83-87
Vedlegg 10:	Invitasjonsskriv for deltakelse i egnethetsvurderingen	Side 88
Vedlegg 11:	Oppfølging av deltakere til egnethetsvurdering	Side 89-90
Vedlegg 12:	Veileder for SAM-evaluering	Side 91-92
Vedlegg 13:	Siste utgave av SOMAH2-materialet	Side 93-104

LISTE OVER FORKORTELSER

HiOA	Høgskolen i Oslo og Akershus
HL	Health Literacy/Helsefremmende allmenndannelse
InnBaKost	Innvandrerbarns Kosthold i Norge
MBVI	Mor-barn-vennlig initiativ
MME	Morsmelkerstatning
NKA	Norsk Kompetansetjeneste for Amming
PasOpp	PasientOpplevelser - nasjonale brukererfaringsundersøkelser
SAM	Suitability Assessment of Materials
SOMAH	Samtaler om mat på helsestasjon
SOMAH2	Samtaler om mat på helsestasjon-2
Spedkost	Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant spedbarn (6 og 12 måneder)
T2D	Type 2-diabetes
WHO	World Health Organization

INTRODUKSJON

Å fremme, støtte og beskytte amming og fullamming er en nasjonal politisk prioritet og er et eksplisitt satsningsområde i regjeringens handlingsplan for bedre kosthold (2017). Norsk amming skal løftes gjennom implementeringen av Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring. Norske myndigheter anerkjenner viktigheten ammingen har for folkehelse og at det er et av mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos både barn og mor (Departementene, 2017). Amming kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse og gir barn bedre forutsetninger for god helse i voksen alder (Bernardo & Cesa, 2013; Rollins et al., 2016; Victora et al., 2016)

Det har blitt avdekket flere faktorer som påvirker lengde på både amming og fullamming, der flere av faktorene har sammenheng med sosioøkonomisk status (Grewal, Andersen, Sellen, Mosdol & Torheim, 2016; Kristiansen, Lande, Øverby & Andersen, 2010; Straiton, Blystad & Reneflot, 2018; Strand, 2018; Vrålstad et al., 2017). Resultatene fra den landsdekkende undersøkelsen av amming og spedbarnsernæring, Spedkost (2008) viste at flere livsstilsfaktorer i sterk grad påvirker varighet av både amming og fullamming blant kvinner i Norge.

Utdanning er en av de best identifiserte sosioøkonomiske faktorene assosiert med ammestatus i Norge. Det er lengden på mors utdanning som ser ut til å ha særlig betydning for varighet på ammeperioden og graden av fullamming, og utdanningslengde har en anerkjent sammenheng med økonomisk status og etnisk bakgrunn (Fagråd for sosial ulikhet i helse, 2016; Kristiansen et al., 2010; Straiton et al., 2018).

Resultatene fra InnBaKost viste at det var særlig lav grad av fullamming blant somaliske og irakiske mødre, i tillegg til at det var vanlig med tidlig introduksjon av tilleggs kost og bruk av morsmelkerstatning (MME) (Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016; Kristiansen et al., 2010). Det er også observert lavere ammestatus blant minoriteter i andre nordiske land (Busck-Rasmussen, Villadsen, Norsker, Mortensen & Andersen, 2014).

Nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen sier at mødre skal få brukerorientert omsorg og kunne ta informerte valg eller beslutninger om amming (Helsedirektoratet, 2005). Støtte og veiledning for god ammepraksis og spedbarnsernæring blant kvinner fra lavinntektsfamilier kan bidra til å øke ammestatusen, som igjen er særlig viktig for å redusere risiko for overvekt og fedme hos barnet senere i livet (Bærug et al., 2017; Gibbs & Forste, 2014).

Viktigheten av å arbeide målrettet mot utsatte og sårbare grupper for å redusere den sosiale ulikheten i helse er også anerkjent av norske myndigheter (Helsedirektoratets ekspertgruppe for sosial ulikhet i helse, 2008). Ved OsloMet - Storbyuniversitetet (tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus, HiOA) har det blitt arbeidet med utviklingen av kultursensitive helsetiltak. Et av disse var SOMAH-prosjektet («samtaler om mat på helsestasjon»), der hensikten var å utvikle en kultursensitiv app med bilder og illustrasjoner til bruk i kostholdsveiledning av brukere med innvandrerbakgrunn, språkvansker eller lav ernæringskunnskap på helsestasjon (Balci, 2014). SOMAH ble gjennomført av HiOA som en del av det europeiske prosjektet eQuity. Prosjektet videreføres nå i SOMAH2 («samtaler om mat på helsestasjon-2»), der hensikten er å utvikle et elektronisk samtaleverktøy med fokus på amming og spedbarnskost. Det ferdige samtaleverktøyet skal være en app med et språklig- og kulturelt nøytralt innhold. Prosjektet gjennomføres ved OsloMet i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) ved Oslo Universitetssykehus.

Det har så langt i SOMAH2-prosjektet blitt gjennomført en brukerundersøkelse der helsesykepleiere og jordmødre har gitt innspill til det foreløpige oppsettet i appen, ønsker til innhold og om den potensielle effekten de mente at den kunne ha for deres arbeid (Anonym, 2017).

1.1 MÅLSETTINGER

Hensikten med dette masterprosjektet har vært å utforske hvordan tekstinholdet til SOMAH2 kan utformes for å ivareta korrekt ammeveiledning ved språklig- og kulturellnøytral kommunikasjon, samt å utvikle det første tekstinholdet for appen.

Masterprosjektet har som overordnet målsetting å utvikle og teste språklig- og kultursensitiv informasjon om amming for SOMAH2-appen til bruk av helsepersonell under veiledning med foreldre på helsestasjon og barsel.

For oppnåelse av den overordnede målsettingen har den også tre spesifikke målsettinger:

- 1) Å utarbeide et materiale basert på eksisterende veiledere og oppslagsverk for helsepersonell for ammeveiledning, med fokus på språksensitivitet og kulturellnøytralitet i innholdet.
- 2) Å innhente og implementere erfaringsbasert kunnskap om ammeveiledning for ulike grupper fra helsepersonell, med utgangspunkt i de inkluderte temaer og problemstillinger i materialet.

- 3) Å gjennomføre en egnethetsvurdering av materialet ved bruk av SAM-instrument.

2 TEORI

2.1 ANBEFALINGER FOR AMMING OG SPEDBARNSERNÆRING

2.1.1 Amming og fullamming

Verdens Helseorganisasjon (WHO) anbefaler at alle spedbarn fullammes i sine 6 første levemåneder, og bør ammes i minst de to første leveårene og gjerne videre (World Health Organization & UNICEF, 2003). «Fullamming» defineres som at barnet ikke får noe annen mat og drikke, ikke engang vann, utenom morsmelk som eneste næring i 6 måneder, med unntak av vitaminer, mineraler og medisiner (World Health Organization, 2019).

Helsedirektoratets definisjon er likelydende, men inkluderer ikke rammen på 6 måneder og presiserer bruk av vitamin D-dråper og tran (Helsedirektoratet, 2017). Fast føde som tilleggskost skal introduseres når barnet er 6 måneder og skal imøtekomme barnets behov for optimal vekst og utvikling, samt være trygg å spise (World Health Organization & UNICEF, 2003).

WHO tar utgangspunkt i at så og si alle mødre kan amme, gitt visse forutsetninger. Det er for eksempel nødvendig med korrekt informasjon og støtte fra både familie og helsepersonell. Fullamming er trygt og gjennomførbart for de aller fleste mødre, men WHO påpeker imidlertid at det er noen få medisinske tilstander hvor barn bør få tilleggskost (supplementary feeding), som for eksempel ved svært lav fødselsvekt (<1500 g), eller ved tilstander der moren bør avstå fra å amme (for eksempel ved HIV-infeksjon) (World Health Organization & UNICEF, 2009). Det er viktig å merke seg at WHO sin anbefaling for amming er basert på populasjonsnivå, og at det må være rom for individuelle hensyn og støtte til mødre som ikke kan, eller eventuelt ikke ønsker å følge anbefalingene (World Health Organization, 2001).

Norske anbefalinger for amming og fullamming

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen sier at mødre skal få brukerorientert omsorg og kunne ta informerte valg eller beslutninger om amming. Råd om morsmelk og annen mat må tilpasses hvert barn og hver mor. Mødre skal oppleve støtte i de avgjørelser de tar for seg selv og sitt barn, og trivsel med ammingen er vektlagt (Helsedirektoratet, 2005, 2017).

De norske anbefalingene er bygget på anbefalingene til WHO og er svært likelydende. Den største forskjellen er at anbefalingen presiserer at spedbarn bør få tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder, og åpner for at tilleggskost kan introduseres tidligst ved fjerde måned.

Dersom mor ikke har egen melk, ikke har nok melk til å imøtekomme barnets behov for optimal vekst, eller ikke ønsker å amme, skal barnet kun få morsmelkerstatning (MME) ved siden av eventuell morsmelk opp til minst 4 måneders alder. Selv når man bruker MME eller har introdusert fast føde er det anbefalt å fortsette å amme i minst ett år (Helsedirektoratet, 2017; Neu, 2007; Pedersen, Müller, Hjartåker & Anderssen, 2012).

2.1.2 Tilleggskost

På norsk sier vi «tilleggskost» om all mat barn får i tillegg til, eller i stedet for morsmelk. Dette betyr altså at både MME og annen mat inngår i dette begrepet. På engelsk brukes derimot to spesifikke begreper for MME og all annen mat, henholdsvis «supplementary feeding» og «complimentary feeding». Dette kan være forvirrende, men som nevnt skal all tilleggskost før fjerde måned kun være MME. Etter fjerde måned kan tilleggskost også være fast føde.

Hensikten med eventuell tilleggskost i barnets første seks måneder er å dekke barnets næringsbehov for sunn vekst og utvikling dersom morsmelk alene ikke vil møte disse behovene (Butte, Lopez-Alarcon & Garza, 2002). Introduksjon av dette i form av fast føde ved fjerde måned kan gjøres dersom det avdekkes behov for ekstra næring og barnet viser interesse for annen mat. Ved sjette måned vil ikke morsmelken alene kunne dekke barnets næringsbehov og fast føde skal introduseres (Butte et al., 2002; Helsedirektoratet, 2017; World Health Organization, 2001).

Selv når tilleggskost er introdusert er det anbefalt å fortsette ammingen. Dette kalles «delamming» og er positivt på grunn av at barnet vil fortsette å få immunstoffer fra mor, og morsmelken vil fortsette å bidra til modningen av barnets tarmer (Helsedirektoratet, 2017; Neu, 2007; Pedersen et al., 2012).

Introduksjon av tilleggskost før sjette måned er omdiskutert, selv om de norske anbefalingene åpner for at introduksjon kan starte ved fjerde måned. Noen fagmiljøer argumenterer for tidligere introduksjon med bakgrunn i enkelte studier som har konkludert med at tidligere introduksjon kan forebygge allergier og intoleranser som cøliaki og atopisk sykdom, i tillegg til at det kan bidra til utviklingen av smaksaksept hos barnet (Helsedirektoratet, 2017; Størdal,

Lund-Blix & Stene, 2018). Forventningen om å fullamme i seks måneder kan dessuten oppleves som et stort press på mor (Helsedirektoratet, 2017).

For tidlig introduksjon av fast føde kan likevel være problematisk, der en kombinasjon av ammeslutt og for tidlig introduksjon av tilleggskost (<4mnd.) kan bidra til overvekt og fedme senere i livet (Hörnell, Lagström, Lande & Thorsdottir, 2013). Fordi mage-tarmkanalen ikke er ferdig utviklet og klar til å fordøye fast føde tilstrekkelig er det i tillegg en risiko for at barnet ikke vil få i seg tilstrekkelig med næring (Neu, 2007). Tidlig introduksjon av tilleggskost i form av MME og annen mat kan også bidra til tidligere ammeslutt (Brown, Dodds, Legge, Bryanton & Semenic, 2014; Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016; Odom, Li, Scanlon, Perrine & Grummer-Strawn, 2013)

2.2 HELSEEFFEKTER AV AMMING

The Lancet publiserte i 2016 en serie bestående av to publikasjoner, der den ene så på effektene amming kan ha på helse og samfunn, og den andre på hvorfor investering og promotering av amming bør være en prioritet (Rollins et al., 2016; Victora et al., 2016).

Victora et al. konkluderte i sin metaanalyse med at amming har flere dokumenterte positive lang- og korttidseffekter for barn i alle land. Den beskyttende effekten mot infeksjonssykdommer som diaré og luftveisinfeksjoner er spesielt viktig for å redusere barnedødeligheten i lavinntektsland (Victora et al., 2016).

2.2.1 Korttidseffekter

Amming har flere effekter på både mor og barn sin helse i de første måneden, både individuelt og på populasjonsnivå. Den målte effekten av amming ser ut til å være sterkest tidlig i barnets liv. Barnedødeligheten er lavere i populasjoner der barn ammes, der risikoen reduseres ved at barn som ammes mottar immunstoffer fra mor som beskytter mot infeksjonssykdommer som diaré. Beskyttelsen mot diaré er særlig viktig siden denne infeksjonssykdommen alene krever 823.000 barneliv hvert år (Neu, 2007; Victora et al., 2016). Andre bioaktive stoffer i morsmelken bidrar også til modningen av barnets tarm og bygger opp nødvendig mikrobiota. Tarmmodningen er viktig blant annet for barnets evne til å fordøye annen mat senere (Neu, 2007). Selv om all amming vil være positivt for mor og barn blir de sterkeste helseeffektene observert først ved fullamming (Bernardo & Cesa, 2013; Ip et al., 2007; Smith et al., 2017; Victora et al., 2016).

For mor har amming blant annet effekt på restitusjon fra graviditet og fødsel. Det er flere hormoner involvert i den fysiologiske prosessen av amming, der særlig hormonet oxytocin

spiller en viktig rolle for mors restitusjon. Oxytocin bidrar blant annet til sammentrekningen av livmoren og bidrar til å redusere blødninger (World Health Organization, 2009).

Fullamming kan også gjennom mekanismene som utsetter menstruasjonen ha en preventiv effekt på nye svangerskap i tiden man fullammer (Bernardo & Cesa, 2013; Ip et al., 2007; Smith et al., 2017; Victora et al., 2016). Hormonstrømmen som utløses under ammingen kan bidra til å stabilisere humør og søvn hos mor, men det er ikke konkludert at amming i seg selv hjelper på fødselsdepresjon. Amming kan også bidra til å normalisere kroppsvekten etter graviditet, men her er det flere konfunderende faktorer og amming alene har ingen garantert effekt (Ip et al., 2007).

2.2.2 Langtidseffekter

De sterkeste effektene av amming i et langtidsperspektiv er som ved korttidseffektene også observert ved fullamming (Moss & Yeaton, 2014; Victora et al., 2016). Blant langtidseffektene av amming er de mest observerte den tilsynelatende positive effekten morsmelk har på barnets IQ, vektstatus og risiko for type 2-diabetes (T2D) senere i livet. I høyinntektsland er det viktig å ta hensyn til konfunderende faktorer for disse effektene. Mødre som ammer i høyinntektsland er ofte mer helsebevisste og kan dermed påvirke barnet gjennom forebyggende atferd og stimulering av barnets kognitive utvikling (Bernardo & Cesa, 2013; Hörnell et al., 2013; Moss & Yeaton, 2014; Victora et al., 2016). Viktigheten amming har for IQ må sees i et populasjonsperspektiv, der lavere IQ på nasjonale nivåer fører til et estimert tap av 302 milliarder amerikanske dollar på verdens bruttonasjonalinntekt (Rollins et al., 2016).

Ammingens effekt på risiko for overvekt/fedme og T2D ser ut til å avta med barnets alder, men i barneårene vil ammingen se ut til å ha en forebyggende effekt mot disse (Kelishadi & Farajian, 2014; Victora et al., 2016). Det kan argumenteres for at amming skaper et godt utgangspunkt for å forebygge overvekt/fedme og andre ikke-smittsomme sykdommer i voksen alder (Hörnell et al., 2013). Flere studier viser liknende resultater, men det er en utfordring å finne konkluderende evidens på langtidseffekter (Bernardo & Cesa, 2013). På tross av metodiske utfordringer er det likevel et økende evidensgrunnlag for ammingens beskyttende effekt mot ikke-smittsomme sykdommer i voksen alder (Bernardo & Cesa, 2013; Kelishadi & Farajian, 2014).

Amming har en beskyttende effekt mot brystkreft hos mor og bidrar til at det går lenger tid mellom graviditeter. Lengde mellom graviditeter er særlig viktig i utviklingsland. Amming

kan også se ut til å ha noe beskyttende effekt mot eggstokkreft og T2D (Victora et al., 2016). En annen metaanalyse fant også at amming kan ha en beskyttende effekt mot T2D blant flergangsfødende kvinner som ikke har hatt svangerskapsdiabetes (Ip et al., 2007).

2.3 NÆRINGSINNHOOLD I MORSMELK

Dersom mor har en tilstrekkelig ernæringsstatus vil morsmelken alene gi tilstrekkelig med energi, proteiner og andre næringsstoffer for å imøtekomme barnets behov i dets første seks levemåneder (Butte et al., 2002; Dror & Allen, 2018). Der mor har dårlig ernæringsstatus vil dette påvirke barnets vekst og utvikling negativt (Dror & Allen, 2018). Melkens sammensetning passer barnets fordøyelse og fysiologi, der proteiner i morsmelken utgjør omtrent 7% av energiinnholdet. Dette lave proteinnivået passer spedbarns nyrefunksjon (J. E. Brown et al., 2014). Proteiner som lysozym og laktoferrin er spesielt viktige, siden de kan drepe virus, sopp og bakterier som kan skade barnet (World Health Organization, 2009). Med unntak av vitamin D vil barn født til termin få dekket næringsstoffbehovet sitt av morsmelk alene i de seks første månedene av livet sitt. Selv om morsmelkens nivåer av vitamin D kan påvirkes av mors status og kosthold vil det likevel være for lavt for spedbarnet, og må derfor tilføres enten gjennom tilskudd eller eksponering for sollys (Butte et al., 2002). Morsmelkens innhold av næringsstoffer som kalsium, jod, vitamin A og B6 er relativt stabilt igjennom hele ammeperioden. Vitamin A og B6 vil bare avhenge noe av mors kosthold, men jodinnholdet i morsmelken vil påvirkes direkte av mors inntak (Butte et al., 2002; Dror & Allen, 2018). Innholdet av sink og jern i morsmelk er lavt, og nivået vil ikke kunne påvirkes av om mor tar tilskudd. Barn som er født til termin har et endogent lager av både sink og jern som er estimert til å kunne dekke behovet som morsmelken ikke dekker opp til de første seks månedene av barnets liv (Butte et al., 2002).

Bioaktive stoffer i morsmelk

Morsmelken inneholder flere bioaktive stoffer som beskytter barnet mot infeksjoner og bidrar til modningen av tarmene. I melken vil det blant annet finnes hvite blodlegemer, immunoglobulin, proteiner, oligosakkarider og EGF (epidermal growth factor). EGF bidrar til modningen av overflatevevet i barnets tarmer, og oligosakkaridene har en prebiotisk effekt og gjør det vanskelig for skadelige bakterier å feste seg i slimhinner (Bertino et al., 2012; World Health Organization, 2009). Amming omtales som passiv immunisering (Hanson et al., 1994), der mor sitt immunsystem har utviklet antistoffer for infeksjoner hun selv har vært utsatt for.

Dermed overfører mor antistoffer mot bakterier som det er sannsynlig at eksisterer i miljøet til barnet (World Health Organization, 2009).

2.4 FOREKOMST AV AMMING I NORGE

Norge har gjennomført gjentatte kostholdsundersøkelser på barn i alderen seks, tolv og 24 måneder, der Helsedirektoratet i perioden 2006/2007 gjentok Spedkost-undersøkelsene fra 1998 og 1999 (Øverby, Kristiansen & Andersen, 2008, 2009). I et globalt perspektiv har Norge relativt høy forekomst av amming ved tolvte måned, og ligger på toppen i europeisk statistikk (Theurich et al., 2019; Victora et al., 2016).

Fra Spedkost-undersøkelsene vet vi at nesten alle barn får morsmelk ved første uke etter fødsel (98%) og av disse blir nesten alle fullammet (92%). Denne statistikken er presentert i tabell 1. Selv om forekomsten går ned over tid blir fortsatt nesten halvparten av norske barn fullammet ved fjerde måned (46%) og flertallet får morsmelk (85%). Svært mange ammes fortsatt ved sjette måned (80%), men andelen av disse som fullammes er svært lav (9%). Nesten halvparten får fortsatt morsmelk ved tolvte måned (46%) (Øverby et al., 2008, 2009). Nyere tall viser at andelen barn som introduseres for MME før sjette måned har gått opp siden Spedkost sist ble gjennomført. I 2013 ble 14% introdusert for MME i løpet av første måned, der bare 10% gjorde dette i 2006 (Lande & Helleve, 2013).

Tabell 1 Statistikk over amming og fullamming ved ulike alderstrinn^a

Alder	Andel fullammede% ^b	Andel ammede% ^c	Andel som fikk MME%
1 uke	92	98	10% (≤1mnd)
4 måneder	46	85	22% (≤3mnd)
6 måneder	9	80	41% (≤6mnd)
12 måneder	-	46	-

^a Tall fra Spedkost 2006/2007

^b Barn som får morsmelk som eneste næring, med unntak av eventuelle vitamintilskudd

^c Barn som får morsmelk, enten alene eller sammen med annen mat

2.4.1 InnBaKost-studien

Spedkost ekskluderte barn av mødre med fødeland utenom Skandinavia (Øverby et al., 2008, 2009). InnBaKost-studien er en av de få undersøkelsene som er gjort på ammepraksis og kosthold blant ikke-vestlige innvandrerbarn fra alderen 0-12 måneder i Norge. Norge har i

dag en multietnisk befolkning der de fleste norskfødte av innvandrereforeldre har bakgrunn fra ikke-vestlige land som Pakistan og Somalia (Statistisk sentralbyrå, 2019).

InnBaKost ble gjennomført på Østlandet i perioden 2013-14 og inkluderte norskfødte barn av mødre med bakgrunn fra Somalia og Irak (Grewal, Andersen, Kolve, Kverndalen & Torheim, 2016; Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016). I 2012 var det disse to gruppene blant ikke-vestlige innvandre som hadde høyest fødselsrate. InnBaKost undersøkte kostholdet til barna i begge gruppene ved seks og tolv måneders alder. Studien har også inkludert kvalitative delundersøkelser på holdninger til amming og spedbarnsernæring blant somaliske og irakiske mødre (Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016; Sandberg, 2015; Wandel et al., 2016).

Resultater fra InnBaKost

I løpet av barnets første 24 timer var det omtrent like mange barn med norsk-somalisk og nors-irakisk bakgrunn som hadde blitt ammet som barn med etnisk norsk opphav. Over tid var det langt mindre vanlig med fullamming i begge grupper og det var vanlig å gi både vann og morsmelkerstatning allerede fra barnets første levemåneder (Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016).

I første leveuke ligger andelen ammede barn i begge gruppene omtrent likt som blant norskfødte barn (tabell 2). Andelen av de som ble fullammet var derimot mye lavere enn blant de norskfødte, der kun 37% av de norsk-somaliske barna ble fullammet ved første måned, og kun 35% av de norsk-irakiske. Ved fjerde måned var det kun 7% av de norsk-somaliske-, og 10% av de norsk-irakiske barna som ble fullammet, til sammenlikning med 46% av barn av norskfødte mødre. Ved sjette måned var det 0% av barna som ble fullammet i begge gruppene, sammenliknet med 9% av de norskfødte (Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016; Øverby et al., 2008).

Tabell 2 Ammestatus blant etnisk norske barn og barn med innvandrerbakgrunn

Alder	Andel fullammede% ^a			Andel ammede% ^b		
	Spedkost	Norsk-somaliske	Norsk-irakiske	Spedkost	Norsk-somaliske	Norsk-irakiske
1 uke	92	65	46	98	98	96
4 uker	82	37	35	95	97	88
4 måneder	46	7	10	85	88	70
6 måneder	9	0	0	80	79	58

^a Barn som kun får morsmelk som eneste næring, med unntak av eventuelle vitamintilskudd

^b Barn som får morsmelk, enten alene eller sammen med annen mat

Selv om tallene er lave fant de kvalitative delstudiene i InnBaKost at begge gruppene var positive til amming og mente morsmelk var det beste for barnet (Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016; Wandel et al., 2016). De somaliske mødrene viste i større grad enn de irakiske til kulturelle og religiøse skikker og forventninger som er positive til amming (Wandel et al., 2016).

Begge gruppene opplevde en konflikt mellom rådene de fikk av helsepersonell og fra familiemedlemmer. De irakiske mødrene ble oppfordret til å gi barnet sukkervann og de somaliske ble oppfordret til å gi MME i tillegg. Begge gruppene hadde også gitt uttrykk for bekymringer om at de hadde for lite melk og oppga blant annet dette som en viktig årsak til at de ikke fullammet. For eksempel hvis barnet begynte å gråte kort tid etter at mor mente at ammingen var ferdig bidro det til at hun trodde hun hadde for lite melk (Sandberg, 2015).

Bruken av MME handlet i stor grad om bekymring for at barnet ikke fikk nok næring, i relasjon til overbevisningen om at mor hadde for lite melk (Amundsen, 2015; Sandberg, 2015). Bekymringen over for lite melk og bruk av MME blant somaliske mødre har også blitt dokumentert i USA (Steinman et al., 2010). Blant de irakiske mødrene ble bruk av MME beskrevet som sosialt ettertraktet og populært i hjemlandet (Sandberg, 2015).

Som nevnt over har ikke mødre med ikke-nordisk bakgrunn blitt inkludert i de store, nasjonale undersøkelsene, og den relativt høye forekomsten av amming i Norge og andre nordiske land gjør det utfordrende å sammenlikne situasjonen til innvandrerkvinner i Norge med ikke-nordiske land (Theurich et al., 2019). Resultatene i InnBaKost er foreløpig sammenliknbare med andre nordiske land, der for eksempel kvinner med ikke-nordisk immigrantstatus og innvandrerbakgrunn i Danmark har større risiko for å ha lavere forekomst av amming enn etnisk danske kvinner (Busck-Rasmussen et al., 2014).

2.4.2 Faktorer som påvirker amming og ammestatus i Norge

Tilrettelegging for amming via nasjonale planer og programmer for fremming, tilrettelegging og støtte til mor er assosiert med høyere ammestatus (Theurich et al., 2019). I 2010 ble det gjennomført en norsk studie som undersøkte hvilke faktorer som er assosiert med amming og fullamming blant norske mødre (Kristiansen et al., 2010). Den relativt høye forekomsten av amming i Norge i en europeisk sammenheng kan skyldes jevnlig nasjonal kartlegging av ammepraksis, implementering av politiske føringer, retningslinjer og tiltak som Mor-Barn-Vennlig Initiativ, samt tilgang til helsestasjon med jordmor (Kristiansen et al., 2010; Theurich

et al., 2019). Blant norske mødre er det flere faktorer utover positive amme-tradisjoner og støtteordninger, slik som mammapermisjon som tilrettelegger for ammingen, som ser ut til å påvirke ammestatusen. Det har blitt observert sammenhenger på ammestatus særlig mellom mors alder, utdanning, geografiske tilhørighet og sivilstatus (Kristiansen et al., 2010).

Mors utdanning og alder

Utdanningsnivå har av flere blitt identifisert som en viktig faktor som påvirker lengden på ammeperioden (Thulier & Mercer, 2009). Ved fjerde måned ser det ut til at mors utdanningsnivå er den mest stabile faktoren assosiert med fullamming, der det er mer sannsynlig at mor fullammer desto høyere utdanning hun har. Det samme gjelder også for bare amming. Mødre med lav utdanning ser ut til å ha kortere periode med fullamming (<4mnd) (Kristiansen et al., 2010), og det er også observert at kvinner med lav utdanning har høyere risiko for å ikke initiere amming etter fødsel (Häggkvist, 2010).

Ved fjerde måned ser det ikke ut til at mors alder har mye å si for hverken fullamming eller forekomst av amming, men det er observert en sammenheng ved fem og en halv måned (Kristiansen et al., 2010). Andre studier har også funnet at det er en sterk positiv sammenheng mellom mors alder og hvor lenge hun ammer (Thulier & Mercer, 2009). Mors alder ser likevel ikke ut til å påvirke hvorvidt ammingen kommer i gang etter fødsel (Häggkvist, 2010)

Øvrige faktorer

Det er funnet at det er økt risiko for tidlig opphøring av fullamming før fjerde måned dersom barnet får vann, sukkervann eller MME i første leveuke (Häggkvist, 2010). Mødre som røyker fullammer i mindre grad enn mødre som er ikke-røykere, og bruk av barnehage og barnepass av noen som ikke er barnets forelder ser også ut til å ha sammenheng med lavere ammefrekvens (Kristiansen et al., 2010). Mors opplevelse av støtte i tiden før og etter fødsel kan også påvirke hvor mye hun kommer til å amme (Kristiansen et al., 2010; Sjetne & Holmboe, 2016; Theurich et al., 2019).

Ammeslutt

Ammeslutt omfatter opphøringen av amming totalt med overgang til fast føde. I dette avsnittet omhandler «ammeslutt» også opphøring av fullamming, selv om ammingen fortsetter fram til sjette måned. Det er flere årsaker til at mødre slutter å amme og fullamme, der det kan være medisinske eller personlige bakgrunner. Det er vanskelig å sammenlikne årsaker til ammeslutt i Norge med andre land fordi studier ofte bruker ulike datainnsamlingsmetoder, definisjoner om amming og inkludering i utvalg (Häggkvist, 2010).

I Spedkost fant man at enkelte mødre slutter å amme før barnet fyller seks måneder, og respondentene oppga at årsaker til tidlig ammeslutt var for lite melk, sugeproblemer hos barnet eller at barnet ikke ønsket melk (Kristiansen et al., 2010).

Dette stemmer også godt overens med årsaker som mødrene i InnBaKost oppga, der særlig opplevelsen av for lite melk og at barnet ikke ønsket melk også ble oppgitt som årsaker til ammeslutt før sjettemåned (Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016). Bekymringer rundt mengden melk er også en av de vanlige selvrapporterte årsakene til ammeslutt i andre land, selv om flere studier har vist at dette ofte er et forestilt problem og at de fleste mødre vil kunne produsere nok til å imøtekomme barnets behov (C. R. Brown et al., 2014; Odom et al., 2013; Steinman et al., 2010). Det har blitt foreslått at man kunne redusert andelen mødre som oppfatter at de har for lite melk og dermed slutter å fullamme eller innfører MME, dersom man ga mer støtte og veiledning rundt spesifikt dette (Bærug et al., 2017).

I STORK Groruddalen-prosjektet viste det seg at det i multietniske populasjoner også er en sammenheng med tidligere stopp i fullamning og svangerskapsdiabetes (SD), og i Norge blir kvinner fra sør-Asia og Midtøsten diagnostiseres oftere med SD enn kvinner med vestlig bakgrunn (Bærug et al., 2018).

2.5 SOSIAL ULIKHET I HELSE

De sosiale ulikhetene i Norge øker og det er systematiske forskjeller mellom utdanning- og inntektsgrupper, der de med kortest utdanning og lavest inntekt også er de som har dårlig helse (Folkehelseinstituttet, 2018). Det er som nevnt observert lavere forekomst av amming blant de med lavest utdanning (Bærug et al., 2017).

Innvandrere i Norge har i snitt lavere inntekt, utdanning og grad av sysselsetting, enn den etnisk norske befolkningen (Vrålstad et al., 2017). De systematiske forskjellene er derfor relevant når man diskuterer amming. Utdanningsnivå er særlig knyttet opp mot menneskers evne til å nyttiggjøre seg av informasjon, noe som bl.a. innebærer å ta informerte valg om egen helse (Gabrielsen & Lundetræ, 2014).

Helse er også lenket til levevaner, som igjen påvirkes av faktorer som familie, utdanning, oppvekstmiljø, helsetjenester i nærmiljøet og utdanning (Fagråd for sosial ulikhet i helse, 2016; Folkehelseinstituttet, 2018). Vi knytter sosioøkonomiske variabler opp mot helse fordi disse kan si oss noe om hvorvidt mennesker har tilgang på ressurser (Fagråd for sosial ulikhet i helse, 2016). Tilgang på helsetjenester i nærmiljøet handler for eksempel ikke kun om fysisk

tilgang. Dahl, Bergli og Wel (2014) beskriver sosial ulikhet som en dobbel urettferdighet, fordi personer som i utgangspunktet har færre ressurser også i større grad opplever redusert livskvalitet som følge av sykdom.

Utjevningen av sosial ulikhet i helse er en politisk prioritet. I mål tre av Helsedirektoratets Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse (2008) blir det trukket fram at det kan være nødvendig med målrettede og grupperettede tiltak, parallelt med universelle tiltak for å endre rammebetingelser som bidrar til sosial ulikhet i helse. Det har også blitt påpekt av andre at det bør utvikles målrettede ammetiltak for mødre med lav sosioøkonomisk status for å motvirke de negative sammenhengene mellom sosioøkonomisk status og tidlig barnefedme (Gibbs & Forste, 2014). Der informasjon ikke er gjort forståelig for personer med lavere utdanning eller av en annen språklig- eller kulturell bakgrunn, kan det føre til at personer ikke kan tilegne seg kunnskap om egen helse (Finbråten Sjøberg & Pettersen, 2009). Kultursensitivitet og helsefremmende allmenndanning er her aktuelle konsepter som vil presenteres senere i teorikapittelet.

2.5.1 Sammenhengen mellom amming og sosial ulikhet i helse

Selv om enkelte har konkludert med at det er en potensiell sammenheng mellom ammepraksis og sosioøkonomisk status er årsaker til ulikheter i ammepraksis fortsatt relativt uforklart (Bærug et al., 2017). Som beskrevet i forrige underkapittel handler sosial ulikhet i helse blant annet om menneskers evne til å utnytte seg av ressurser (Fagråd for sosial ulikhet i helse, 2016). Særlig i høyinntektsland er fullamming assosiert med høy inntekt og utdanning (Busck-Rasmussen et al., 2014; Bærug et al., 2017; Flacking, Nyqvist & Ewald, 2007; Kristiansen et al., 2010), som er de samme faktorene som er assosiert med høy sosioøkonomisk status og dermed høyere sannsynlighet for god helse (Strand, 2018).

Usunt kosthold hos spedbarn har blitt vist som en viktig link mellom lav sosioøkonomisk status og tidlig barnefedme (Gibbs & Forste, 2014). Bakgrunn fra lav sosioøkonomisk status kan ha negative utfall for helse senere livet, samtidig som at dårlig ammepraksis og spedbarnsernæring kan ha langsiktige negative konsekvenser for barnet (Bernardo & Cesa, 2013; Fagråd for sosial ulikhet i helse, 2016; Gibbs & Forste, 2014).

Barn med innvanderbakgrunn ser ut til å være mer sårbare for å utvikle overvekt enn etnisk norske barn. Dette skyldes i hovedsak et usunt kosthold og større forbruk av sukkerholdige drikker (Brug et al., 2012). Som nevnt er det større sannsynlighet at innvandrere og personer med lav utdanning har dårligere helse og lavere sosioøkonomisk status. Funnene i InnBaKost

viste tendenser til en ugunstig ammepraksis som kan være uheldig for barnets helse, særlig ved bruken av sukkervann og tidlig introduksjon av saft (Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016). Dette kan på sikt være spesielt alvorlig for barn med opphav fra det sub-indiske kontinent, da risikoen for T2D er høyere blant disse i voksen alder (Larsen, 2000).

2.6 VEILEDNING OM AMMING I NORGE

Norske retningslinjer sier at kvinner skal få tilpasset veiledning og informasjon, og at forberedende informasjon for amming skal bli gitt tidligst ved 5. svangerskapskontroll (uke 32), og at denne skal omfatte både praktisk og teoretisk informasjon og undervisning om amming og morsmelk (Helsedirektoratet, 2005, 2017). I *10 trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus* blir det derimot anbefalt at gravide bør få informasjon om amming og morsmelk allerede innen uke 28 (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2010).

Amming er en naturlig, men tillært prosess, som innebærer at mor må forstå og klare å gjennomføre amming basert på veiledningen hun får (World Health Organization, 2001). Ved siden av norske retningslinjer har Norge en egen utvidelse av WHO sitt Baby-friendly Hospital Initiative, kjent som Mor-Barn-Vennlig Initiativ (MBVI). Hensikten med MBVI er å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn (Ammehjelpen, 2010). Herunder finner vi *10 trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus*, som er ti krav for å kunne godkjennes som MBV og bli omtalt som ammekyndig. Kravene fungerer også som en kvalitetssikring. Både sykehus og helsestasjoner kan godkjennes som ammekyndige. I Norge er også neonatalavdelinger inkludert i MBVI (Ammehjelpen, 2010; Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2010).

For land som Norge anses amming som viktig for mors reproduktive helse, i tillegg til de andre dokumenterte langtidseffektene for helsen til både mor og barn (Bernardo & Cesa, 2013; Hörnell et al., 2013; Ip et al., 2007; Moss & Yeaton, 2014). Som nevnt over er det flere mødre som oppgir lav melkeproduksjon som årsak til ammeslutt, selv om dette for de fleste ser ut til å være et problem som kunne vært løst om de fikk spesifikk veiledning og støtte rundt dette (C. R. Brown et al., 2014; Bærug et al., 2017; Odom et al., 2013).

2.6.1 Mødres opplevelser av ammeveiledning på barsel og etter hjemkomst

Noen norske mødre rapporterer at de opplever ammeveiledning og informasjon om amming som belastende og for lite tilpasset deres behov og situasjon, som igjen påvirker mors trivsel og følelse av mestring negativt (Surland-Hansen, 2011).

I Norge gjennomføres det regelmessig undersøkelser (PasOpp-undersøkelser) på brukererfaringer blant pasienter, pårørende og samarbeidspartnere (Nylenna, 2018). I PasOpp-rapporten Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2016 undersøkte man kvinners erfaringer med å være pasient på landets føde- og barselavdelinger (Sjetne & Holmboe, 2016).

Norske kvinner ser ut til å være svært fornøyde med oppholdet på fødeavdeling, men på barseloppholdet oppstår det lavere tilfredshet og det var stor spredning i rapporterte opplevelser. I rapporten var det også stor spredning i kvinnenes opplevelser i fritekstsvarene. Det var lavest tilfredshet i kategorien «informasjon om kvinnens helse». Det var for eksempel en relativt høy andel (33%) av mødre som opplevde at de ikke hadde blitt informert tilstrekkelig om følelsesmessige endringer som kan komme etter fødsel (Sjetne & Holmboe, 2016).

Det var kun 12% som ikke følte at de hadde fått tilstrekkelig om amming og annen ernæring av barnet. Fordi rapporten ikke har etterprøvd hva som ble sagt i veiledningen eller hva mødre selv visste om amming i etterkant er det vanskelig å si om veiledningen de fikk var optimal. Under kategorien «rammer og organisering under barseloppholdet» hadde en av mødre skrevet «[...] Alle bare spurte *går amminga greit*. Det er ikke så lett å svare på når du ikke vet noe om amming.». Noen rapporterte at de opplevde ulike råd fra helsepersonell om ammingen, men siden det ikke ble hentet inn kvalitative data for disse spørsmålene foreligger det ikke data som kunne forklart konteksten for disse opplevelsene.

Det var flere fritekstsvare som viste til at noen opplevde at personalet hadde for lite tid til dem og at dette gikk ut over ammeveiledningen. Et eksempel fra fritekstsvarene sa «Jeg følte at det ikke var nok personale til å følge opp meg og den andre kvinnen som begge slet med å få til ammingen.».

Opplevelser blant mødre med minoritetsbakgrunn

Det er vanskelig å si noe om hvordan mødre med ulik kultur- og språkbakgrunn opplever og forstår informasjon om egen helse og ammeveiledning i Norge. I InnBaKost-studien ble det ikke hentet inn data på brukererfaring på barseloppholdet, og i PasOpp-rapporten ble det ikke oppgitt nasjonalitet hos mødre (kun 14 av totalt 3747 sendte inn skjema på engelsk).

I de kvalitative delstudiene i InnBaKost fikk man likevel inn data på holdninger til amming blant mødre med bakgrunn fra Somalia og Irak (Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016). Her rapporterte kvinner i begge grupper at de ønsket å følge rådene fra helsesykepleieren, men opplever press hjemmefra til å gi barnet sukkervann eller bruke MME, og at dette gjorde det

vanskelig for dem å følge anbefalingene fra helsepersonell. Blant de irakiske mødrene var det vanlig å gi sukkervann allerede fra første levemåned, som de ble anbefalt å gi fra mødre og svigermødre. De somaliske mødrene ble ofte oppfordret av familiemedlemmer til å gi MME i tillegg, for å sikre at barnet fikk nok mat (Amundsen, 2015; Sandberg, 2015; Wandel et al., 2016).

2.7 SPRÅK- OG KULTURSENSITIVITET I ET HELSEPERSPEKTIV

For å kunne ta informerte valg er det en forutsetning at helsepersonell som gir veiledningen klarer å formidle informasjonen på en måte som brukeren forstår. Det er derfor nødvendig å si noe om språk og kultur i et helseaspekt. Språk og kultur påvirker hvordan mennesker tilegner seg og bruker ferdigheter som knyttes opp mot god helseforståelse (Singleton & M S Krause, 2009). Det er spesifisert i Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen at mødre skal få brukerorientert omsorg og kunne ta informerte valg eller beslutninger om amming (Helsedirektoratet, 2005).

Amming er komplisert og blir blant annet påvirket av mor sin sosiale og kulturelle kontekst (Marshall, Godfrey & Renfrew, 2007). «Kultur» er et komplisert begrep som har flere definisjoner og forklaringer (Castro, Barrera & Holleran Steiker, 2010; Nunez, 2000). Når en gruppe mennesker «har en kultur» innebærer dette at de har et lært felles sett med sosiale normer, roller, tro og verdier som veileder individers atferd (H. Betancourt & López, 1993; Kim-Godwin, Clarke & Barton, 2001). Kort forklart er kultur hvordan vi tolker og verdsetter verden rundt oss (Nunez, 2000).

I tillegg til kultur spiller også språk en vesentlig rolle mellom helsepersonell og en bruker eller pasient, fordi språkforståelse utgjør en vesentlig rolle i behandling. Dette er fordi muntlig og skriftlig kommunikasjon er den mest brukte metoden for å innhente kunnskap om pasientens eller brukerens tilstand (Schyve, 2007). Pasientkommunikasjon skal være effektiv, det vil si at begge partene forstår det som blir kommunisert, for at pasientens sikkerhet skal være ivaretatt. Schyve identifiserte tre sammenfallende faktorer som utgjør en «trippel trussel» mot effektiv kommunikasjon der helsepersonell og pasient har ulike språkbakgrunner, nemlig språkbarriere, kulturell ulikhet og lav helsefremmende allmenndannelse (oversatt fra «health literacy»). Disse tre faktorene samspiller med hverandre og må forklares i en sammenheng, der en tilnærming som ser på dem som separate konsepter vil gjøre helsetjenester utilstrekkelige (Foronda, 2008; Kim-Godwin et al., 2001).

2.7.1 Kultursensitivitet som konsept

Flere anerkjenner viktigheten av kultursensitivitet og kulturell kompetanse for å motvirke effekten av kulturell ulikhet innen folkehelsearbeid og i sykdomsbehandling, og det er utviklet ulike tolkninger og modeller for hvordan man best skal imøtekomme helseutfordringer og forebyggende helsearbeid i mangfoldige populasjoner (J. R. Betancourt, 2003; Brach & Fraser, 2000; Kreuter & McClure, 2004; Nunez, 2000; Resnicow, Baranowski, Ahluwalia & Braithwaite, 1999; Ridley, Mendoza, Kanitz, Angermeier & Zenk, 1994). I dette underkapittelet vil konseptet kultursensitivitet bli forsøkt belyst, samt ulike dimensjoner innenfor konseptet.

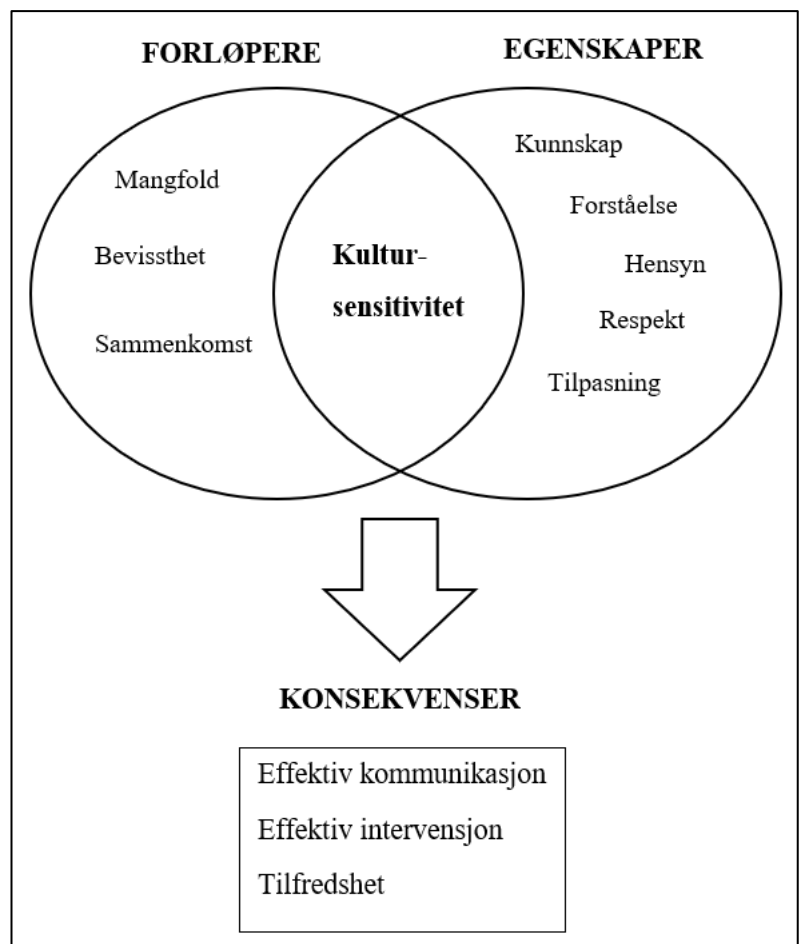
Begrepet kultursensitivitet

En gjennomgående utfordring med begrepet «kultursensitivitet» er at det ikke finnes én definisjon med konsensus (Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia & Butler, 2000). For denne masteroppgaven har det derfor blitt tatt utgangspunkt i Foronda sin konseptanalyse av begrepet (figur 1) og deler av Resnicow et al. (1999; 2000) sin definisjon.

Ifølge Foronda vil det å ha kultursensitivitet si at man «benytter kunnskap, hensyn, forståelse, respekt og tilpasning etter å ha oppnådd bevissth

et om seg selv og andre, i møte med en mangfoldig gruppe eller individ» (egen oversettelse) (Foronda, 2008). «Tilpasning» eller «skreddersydd tilpasning» (oversatt fra «tailoring») handler om å tilpasse seg etter enkeltpersoner (Foronda, 2008), som kan være en hvilken som helst metode som brukes til å individualisere kommunikasjon for den tiltenkte mottakeren (Hawkins, Kreuter, Resnicow, Fishbein & Dijkstra, 2008).

Figur 1 Forondas konseptanalyse av kultursensitivitet



Resnicow et al. (1999; 2000) sin forklaring av kultursensitivitet er omfattende, men for dette masterprosjektet har det blitt fokusert på aspektene de kaller kultursensitivitet og kulturell kompetanse. Kultursensitivitet blir av dem definert som i hvilken grad etniske og kulturelle karakteristika, erfaringer, normer, verdier, atferdsmønstre og overbevisninger i en målgruppe, samt relevante historiske, miljømessige og sosiale krefter blir inkorporert i designet, gjennomføringen og evalueringen av tilpassede helsematerialer og programmer (egen oversettelse) (Resnicow et al., 2000, s. 272). Kulturell kompetanse blir beskrevet som evnen til å utvise kultursensitivitet på mellommenneskelige nivåer, som angår utøvende helsepersonell (Resnicow et al., 1999).

Ulike dimensjoner innenfor kultursensitivitet

Resnicow et al. (1999) foreslår at «kultursensitivitet» har to dimensjoner, der kultursensitivitet eksisterer på overfladiske og dype strukturer. De to dimensjonene er ment å ha ulik effekt på målgruppen for intervensjonen. Kultursensitivitet på overflatestrukturer vil kunne øke graden av mottakelse og aksept for et budskap (Resnicow et al., 1999). Å tilpasse intervensjoner eller materialer til kulturelle overflatestrukturer skjer ved å tilpasse etter det som samsvarer med direkte observerbar sosial og karakteristisk atferd for gruppen. Med andre ord vil det si at innholdet er tilpasset etter det som vil være kjent for dem. Dette kan for eksempel være språkbruk, bilder, matvarer, musikk eller bekledning.

Dersom målet med en intervensjon eller et materiale er å oppnå atferdsendring må intervensjoner tilpasses på de dype strukturene (Resnicow et al., 1999). Å tilpasse intervensjoner eller materialer etter de dype strukturene forutsetter en forståelse for hvordan kultur, sosiale-, psykologiske-, historiske og miljømessige faktorer påvirker helseatferden til en gruppe. Dette skjer på de mellommenneskelige nivåene, og som beskrevet vil kultursensiviteten her ha krysset over i kulturell kompetanse.

Kulturell kompetanse

Resnicow et al. trekker fram at der kultursensitivitet på overfladiske nivåer blir utført av mennesker fra målgruppen vil det automatisk føre til kultursensitivitet i dype strukturer. Her vil man ha krysset over til det Resnicow et al. og andre definerer som «kulturell kompetanse» (J. R. Betancourt, 2003; Campinha-Bacote, 2002; Nunez, 2000; Resnicow et al., 1999; Resnicow et al., 2000). Å ha kulturell kompetanse blir beskrevet som evnen til å utvise interpersonell kultursensitivitet (Resnicow et al., 1999).

Skillet mellom kulturell kompetanse og kultursensitivitet ligger i hvilket nivå kultursensitiviteten opptrer på. Kulturell kompetanse ligger i de dype strukturene og handler om det mellommenneskelige hos helsepersonell. Kultursensitivitet ligger på overflatestrukturer og omhandler budskap, intervensjoner og materialer (Resnicow et al., 1999). Kultursensitivitet vil alltid være en forutsetning for kulturell kompetanse (Kim-Godwin et al., 2001), og når helsepersonell har kulturell kompetanse kan man forvente at det har positive effekter på folkehelsen (Foronda, 2008; Kim-Godwin et al., 2001).

2.7.2 Språk og helsefremmende allmenndannelse

Pettersen har oversatt begrepet «health literacy» til «helsefremmende allmenndannelse» (HL) (Finbråten Sjøberg & Pettersen, 2009). Begrepet har utvidet seg over tid og har både spesifikke og brede definisjoner (Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999; Baker, 2006; Finbråten Sjøberg & Pettersen, 2009; Institute of Medicine Committee on Health, 2004; Nutbeam, 2000). En av de bredere definisjonene sier at «helsefremmende allmenndannelse representerer de sosiale og kognitive ferdighetene som er avgjørende for motivasjonen og evnen individer har til å skaffe seg, å forstå og å bruke informasjon på måter som kan promotere og opprettholde god helse. [...] Helsefremmende allmenndannelse betyr mer enn bare å kunne lese brosjyrer og å klare å bestille en timeavtale. Ved å forbedre folks tilgang på helseinformasjon og deres kapasitet til å bruke den effektivt, er helsefremmende allmenndannelse kritisk for myndiggjøring.» (Nutbeam, 1998, s. 357; 2000).

Det er beskrevet et hierarki innenfor HL som forklarer hvor god HL en person har og hvilke egenskaper dette innebærer, der man kategoriserer i tre nivåer: *funksjonell*, *interaktiv* og *kritisk*. Kortfattet kan vi si at en som har *funksjonell HL* har grunnleggende lese- og skriveferdigheter som er nødvendig for å kunne forstå enkle helseråd. En som har *interaktiv HL* har i tillegg evne til kommunikasjon og samhandling med helsepersonell, og har kjennskap til de ulike instansene i helsevesenet og hvordan disse kan brukes. De som har *kritisk HL* har evner for kritisk og analytisk vurdering av helseråd, og kan i tillegg anvende helseinformasjon godt for å ivareta egen helse (Finbråten Sjøberg & Pettersen, 2009; Nutbeam, 2000).

Lav grad av HL er assosiert med dårligere helse og høyere utgifter i helsevesenet (Visscher et al., 2018). Som beskrevet i HL sine tre nivåer er grunnleggende lese- og skriveferdigheter vesentlige for å kunne forholde seg til helseinformasjon og å nyttiggjøre seg av denne. I Norge er det funnet at både innvandrere og diverse grupper som har stått utenfor arbeidslivet har lav grad av HL, og risikerer dårligere helse fordi de ikke kan nyttiggjøre seg like godt av

skriftlig helseinformasjon (Finbråten Søberg & Pettersen, 2009). Også i USA har det blitt kartlagt svært lav grad av HL i minoritetsgrupper, sammenliknet med den hvite majoritetspopulasjonen (Singleton & M S Krause, 2009). Svake lesere tolker instruksjoner mer bokstavelig og risikerer å gjøre alvorlige feiltolkninger av helseinformasjon når det ikke blir gitt en kontekst (Doak, Doak & Root, 1996). Det er derfor anbefalt at skriftlig helseinformasjon blir laget med hensyn til svake lesere (Gabrielsen & Lundetræ, 2014).

For at en pasient eller bruker skal oppnå en funksjonell grad av HL kreves det i tillegg til leseferdigheter også en viss grad av språkforståelse. Helsepersonell må være bevisste på språkbarrierer som kan hindre at budskapet deres når fram til de med lav grad av HL. Det er enkelt å identifisere en språkbarriere der man snakker ulikt språk, men en språkbarriere er ikke alltid like tydelig. Særlig der pasienter virker språksterke kan både pasient og helsepersonell undervurdere hvor stor barrieren egentlig er (Schyve, 2007). En bruker eller pasient med lav grad av HL, men som har språkbakgrunn fra majoritetsbefolkningen, kan med sin språkbakgrunn fremstå som å ha en høyere grad av HL enn det som er realiteten. Bruk av fremmedord eller faguttrykk, eller bruk av kjente ord i en setting som er ukjent for mottakeren, kan senke språksensitiviteten og føre til at budskapet ikke gir mening (Doak et al., 1996, s. 66-70). For SOMAH2 kan det derfor også være minst like viktig å ta hensyn til språkbruk ovenfor mødre som har språkbakgrunn fra majoriteten, som det er å ta hensyn til kulturell heterogenitet. Det er dette som ligger til grunn for språksensitivitet i dette masterprosjektet.

2.7.3 Utvikling av kultursensitive intervensjoner og verktøy

Som beskrevet er kultursensitivitet og den potensielle effekten det kan ha i intervensjoner komplekst, og innenfor helseintervensjoner er det en overvekt av fokus på at kulturell tilpasning er en av de mest effektive formene for kultursensitivitet (Brach & Fraser, 2000; Campinha-Bacote, 2002; Castro et al., 2010; Doak et al., 1996; Hawkins et al., 2008; Kim-Godwin et al., 2001; Kreuter & McClure, 2004; Resnicow et al., 2000).

Det er flere utfordringer knyttet til å utvikle kultursensitive intervensjoner, og det er i tillegg utfordrende å forske på objektivt målbare effekter disse kan ha (Castro et al., 2010; Truong, Paradies & Priest, 2014). En gjennomgående utfordring er at det finnes mange definisjoner, konsepter og forklaringer på hva kultursensitivitet faktisk er og hvordan intervensjoner og materialer skal utvikles (Resnicow et al., 2000). Den kulturelle bakgrunnen til de som utvikler intervensjonen, samt deres forståelse av og kunnskap om kulturen til målgruppen, vil også ha

noe å si for hvor vellykket intervensjonen vil være, med hensyn til kultursensitivitet (Castro et al., 2010).

I dette masterprosjektet har det blitt tatt utgangspunkt i hvordan Resnicow et al. forklarer at kultursensitivitet kan brukes i intervensjoner. De foreslår at den aktuelle intervensjonen kan tilpasses for å bli kultursensitiv basert på hvilket nivå man ønsker å påvirke mottakerne. Hvis målet med intervensjonen er å øke mottakelsen av og aksepten for et budskap, er en egnet metode å tilpasse intervensjoner på overfladiske strukturer, som tidligere beskrevet (Resnicow et al., 1999; Resnicow et al., 2000).

Hvem som er mottakeren vil også påvirke hvilken metode som bør bli tatt i bruk for å oppnå kultursensitivitet. En populær metode for å gjøre dette er gjennom skreddersydd kulturell tilpasning. Som nevnt er denne framgangsmåten en del av det kultursensitive begrepet, men merk at målgruppen for budskapet avgjør om dette vil være en egnet metode. Skreddersydd kulturell tilpasning er fleksibelt, der Resnicow et al. viser til at det kan gjøres på både overflatestrukturer og dype nivåer for den avgrensede kulturelle målgruppen.

Å skreddersy på overflatenivåer er enkelt, siden det er relativt enkelt å samle inn kunnskap om direkte observerbare faktorer, og metoden fungerer godt til å gjøre et materiale mer «passende» for en kulturell gruppe (Resnicow et al., 2000). Der man skreddersyr på dype strukturer, som gjøres i intervensjoner der målet er atferdsendring, kreves det som beskrevet mer dybdekunnskap om den kulturelle gruppen, og det er en fordel at individer fra den aktuelle kulturelle gruppen står sentralt i utviklingen og implementeringen av intervensjonen (Castro et al., 2010; Resnicow et al., 2000).

Skreddersydd kulturell tilpasning gir mening der tilpasningen rettes etter en spesifikk gruppe, men det kan derimot fungere dårlig som metode dersom budskapet skal nå en kulturelt heterogen gruppe der subkulturer overlapper hverandre (Hawkins et al., 2008; Resnicow et al., 1999). Der grupper overlapper hverandre og intervensjonen skal være kulturelt nøytral, slik som i SOMAH2, vil man heller aktivt unngå kulturelle karakteristikk som kun vil passe én bestemt gruppe for å tilstrebe kulturnøytralitet.

2.8 SOMAH2

SOMAH2 står for «Samtaler om mat på helsestasjon-2» og er et prosjekt for å utvikle en app som skal fungere som et kulturelt nøytralt og språksensitivt kommunikasjonsverktøy mellom helsepersonell og mor under ammeveiledning. I det første SOMAH-prosjektet ble det utviklet

en app for å samtale om kosthold og ernæring til gravide og barn 0-2 år. I SOMAH2 skal fokuset være på amming og spedbarnsernæring.

Prosjektet er et samarbeid mellom Samfunnsernæring, Jordmorfag og Informasjons- og Kommunikasjonsteknologi (IKT) ved OsloMet - Storbyuniversitetet (tidligere HiOA). Utviklingen av innholdet gjennomføres i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for amming ved Oslo Universitetssykehus (NKA). NKA arbeider forskningsbasert for å fremme kunnskap om amming ut til foreldre, helsepersonell, myndigheter og media. De har i oppgave å styrke kompetansen til helsetjenesten og deltar i utarbeidelsen av faglige retningslinjer, utreder kliniske problemstillinger og tilbyr kurs til og veiledning av helsepersonell (Oslo Universitetssykehus, udatert).

2.8.1 Brukerundersøkelse for SOMAH2

I 2017 ble det gjennomført en brukerundersøkelse for det foreløpige formatet til selve SOMAH2-appen blant helsesykepleiere og jordmødre i regionen Oslo og Akershus. I denne brukerundersøkelsen ble det brukt fokusgruppeintervjuer for å undersøke hva appens tiltenkte brukergruppe syntes om foreløpig layout, brukervennlighet, behov for innhold og generelle synspunkter om konseptet.

Resultatene fra brukerundersøkelsen viste positive holdninger blant helsesykepleiere og jordmødre til en slikt samtaleverktøy. De fleste uttrykte at det var et behov for et samtaleverktøy særlig i møte med minoritetskvinner som ikke snakker godt norsk. Det var ingen av de som deltok i brukerundersøkelsen som snakket om utfordringer i veiledningssituasjoner med ressursvake mødre som ikke har minoritetsbakgrunn. Det ble gjengitt opplevelser av at innvandrer-mødre hadde større behov for informasjon enn etnisk norske kvinner.

Det ble ansett som viktig at den ferdige appen må være intuitiv og lite tidkrevende å benytte seg av i veiledningssituasjon. Hele utvalget ønsket å benytte seg av bilder og illustrasjoner under veiledning og har tidligere positive erfaringen med bildebruk. Det var særlig et ønske om illustrasjoner sentrert rundt ammeproblematikk og fysiologiske effekter av ammingen. Viktigheten av forberedende informasjon og veiledning for å gjøre mor mer forberedt på å håndtere ammeproblemer ble også trukket fram.

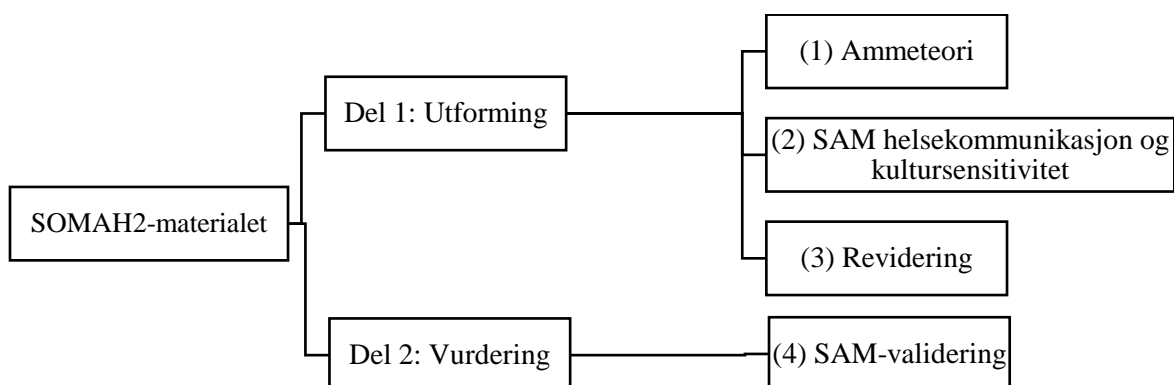
3 METODE

Masteroppgavens målsetting har vært å utvikle og teste språklig- og kultursensitiv informasjon om amming for SOMAH2-appen til bruk av helsepersonell under veiledning med foreldre på helsestasjon og barsel. Denne overordnede målsettingen har hatt tre spesifikke målsettinger:

- 1) Å utarbeide et materiale basert på eksisterende veiledere og oppslagsverk for helsepersonell for ammeveiledning, med fokus på språksensitivitet og kulturnøytralitet i innholdet.
- 2) Å innhente kvalitative data fra erfaringsbasert kunnskap om ammeveiledning for ulike grupper fra helsepersonell, med utgangspunkt i de inkluderte temaer og problemstillinger i materialet.
- 3) Å gjennomføre en egnethetsvurdering av materialet ved bruk av SAM-metoden.

Prosjektet har tatt en todelt tilnærming til undermålene og basert seg på SAM-metoden. Prosessen med å utvikle et materiale til egnethetsvurdering besto av en sammenslåing av undermål 1 og 2, og utgjorde «del 1». Egnethetsvurderingen dekket undermål 3 og utgjorde «del 2». Prosessen er illustrert i figur 2 og blir forklart i detalj igjennom kapitlet.

Figur 2 Skjematisk fremstilling av arbeidsprosessen bak SOMAH2-materialet.



SOMAH2-materialet fra dette masterprosjektet er basert på innhold i eksisterende veiledere for både mødre og helsepersonell, ved bruk av SAM-instrumentet til kvalitetssikring under utformingsfasen og igjen til egnethetsvurdering av det endelige materialet. Innspill fra

ressursgrupper skulle brukes til kvalitetssikring av innholdet og bidra til at innholdet reflekterte erfaringsbasert kunnskap.

3.1 SUITABILITY ASSESSMENT OF MATERIALS

I denne masteroppgaven ble SAM-instrumentet brukt til å veilede utviklingen av kultur- og språksensitiv tekst for SOMAH2, og til egnethetsvurderingen av det endelige SOMAH2-materialet.

Suitability Assessment of Materials (SAM) er et kvalitetssikringsverktøy som brukes til å vurdere egnetheten til skriftlig materialer (Doak et al., 1996). Verktøyet, som omtales som SAM-instrumentet, ble utviklet av Leonard og Cecilia Doak, sammen med Jane Root i 1993 under Johns Hopkins School of Medicine-prosjektet «Nutrition for Education in Urban African Americans». SAM-instrumentet har flere bruksområder, der det kan brukes til å måle hvor godt et materiale «passer» målgruppen, sammenlikne materialer for å bestemme best egnethet for formålet, skreddersy eksisterende materialer for en spesifikk gruppe, eller til å veilede utvikling og testing av kulturelt- og språklig tilpassede materialer (Doak et al., 1996). Under evaluering av eksisterende materialer kan SAM-metoden avsløre spesifikke mangler, og der materialet fortsatt er i en utviklingsfase kan disse manglene rettes opp i øyeblikkelig (Doak et al., 1996, s. 49).

SAM-instrumentet

Instrumentet er i form av et skjema som brukes til å systematisk gjennomgå og evaluere egnetheten til et skriftlig materiale. Det originale instrumentet er på engelsk og består av 22 spørsmål fordelt på seks kategorier: «innhold», «krav til leseferdighet», «grafikk, illustrasjoner, lister, tabeller og figurer», «layout og typografi», «stimulering til læring og motivasjon», og «kulturell egnethet».

Når man bruker skjemaet til å evaluere et materiale gir den som evaluerer en satt poengscore i hvert av spørsmålene i hver kategori som er relevant for materialet. Hvert spørsmål kan gi én av tre mulige poengsummer (2=svært godt, 1=tilstrekkelig, 0=ikke egnet). Det originale SAM-instrumentet med alle 22 spørsmål inkludert kan gi en maksimal score på 44 per ene evaluering. Den endelige scoren omregnes til prosent, der det er satt tre intervaller for hvor egnet det evaluerte materialet vil være (0-39% = ikke passende, 40-69% = tilstrekkelig, 70-100% = godt egnet).

Metoden åpner for at kategorier som ikke vil være relevante for materialet som evalueres kan fjernes. Å fjerne kategorier vil redusere den potensielle maksimalscoren, men fordi metoden omgjør fra poengsum til prosent i beregningen av egnethet er dette uproblematisk. Denne fleksibiliteten gjør at SAM-instrumentet et godt egnet verktøy til å vurdere egnetheten til ulike typer materialer. Videre i metodekapittelet er det beskrevet nærmere hvordan SAM-instrumentet har blitt tilpasset og brukt i de ulike trinnene av dette masterprosjektet.

3.2 UTVALG

I dette kapittelet blir utvalgene og rekrutteringen til revidering og egnethetsvurdering presentert. For dette masterprosjektet ble det benyttet strategisk tilgjengelighetsutvalg, som er en ofte benyttet metode i kvalitative studiedesign (Thagaard, 2013). Et strategisk utvalg vil si at de som rekrutteres til deltakelse har egenskaper eller ferdigheter som er relevante for studiens problemstilling. At utvalget er tilgjengelig omfatter at framgangsmåten som benyttes for å velge ut deltakere baserer seg på om de er tilgjengelige for den som rekrutterer (Thagaard, 2013). Metoden åpner også opp for rekruttering via «snøballmetoden», som vil si at personer som er rekruttert vil bli spurt om å rekruttere andre som har de egenskapene som er nødvendig for utvalget (Thagaard, 2013).

Det ble rekruttert to utvalg, der det ene skulle delta i revideringen av SOMAH2-materialet og det andre skulle gjennomføre egnethetsvurderingen av den endelige versjonen. Utvalget for revideringen er omtalt som ressurspersoner og utvalget til egnethetsvurderingen er omtalt som respondenter. Begge av disse to utvalgene skulle bestå av jordmødre og helsesykepleiere.

Utvalget til ressursgruppene skulle inkludere minimum 10 personer, der deltakerne måtte være enten jordmødre eller helsesykepleiere med minimum ett års praktisk erfaring med ammeveiledning på enten sykehus eller helsestasjon. Det var særlig ønsket at utvalget skulle inkludere personer som hadde erfaring med veiledning av minoritetsspråklige.

Det endelige utvalget til ressursgruppene besto av ti personer med tilknytning til helsestasjoner i regionen Akershus vest, Akershus øst og Oslo øst. Av disse ti var det to jordmødre og åtte helsesykepleiere fordelt på fire helsestasjoner. Utvalget til egnethetsvurderingen besto av totalt 5 personer som ble rekruttert fra utvalget fra ressursgruppene og blant ansatte fra NKA.

3.2.1 Rekruttering til revidering

Ved prosjektstart ble det planlagt å benytte et strategisk tilgjengelighetsutvalg. Rekruttering av jordmødre fra barselavdeling og ammepoliklinikk skulle gjennomføres ved fysisk oppmøte av studenten med bistand fra samarbeidspartner fra jordmorutdanningen ved OsloMet.

Rekrutteringen av helsepersonell med tilknytning til helsestasjon i Oslo og Akershus skulle gjøres elektronisk via deltakerlistene fra InnBaKost og SOMAH. Deltakelse i ressursgruppene var frivillig og anonymt.

Jordmødre

Det strategiske utvalget skulle inkludere jordmødre fordi disse utgjør en del av målgruppen for den endelige SOMAH2-appen. I tillegg har de både fag- og erfaringsbasert kompetanse om forberedende ammeveiledning og ammestart fra sykehus og barselavdelinger.

Rekrutteringen av jordmødre ble forsøkt gjennom fysisk oppmøte på barselavdelinger og ammepoliklinikk på sykehus i Oslo-regionen. Fordi innholdet i SOMAH2-materialet ville fokusere på forberedende ammeveiledning og ammestart ble rekrutteringen på sykehus prioritert før rekrutteringen fra helsestasjoner.

Under rekrutteringen ble en utskrift av det originale SOMAH2-materialet, prosjektinformasjon og forespørsel om deltakelse (vedlegg 1) delt ut til om lag ti jordmødre og til to avdelingsledere. De som ble forespurt ble bedt om å ta kontakt via den oppgitte kontaktinformasjonen til studenten. Ingen av de som ble forespurt tok kontakt for å delta. Etter gjentatte forsøk på få kontakt med avdelingsledere og de som hadde blitt forespurt ble jordmødre fra barselavdelinger og ammepoliklinikker ekskludert fra utvalget. Under den elektroniske rekrutteringen fra helsestasjoner ble det rekruttert to jordmødre til det endelige utvalget.

Helsesykepleiere

Det strategiske utvalget skulle inkludere helsesykepleiere med tilknytning til helsestasjon fordi disse utgjør en del av målgruppen for den endelige SOMAH2-appen. I tillegg har de både fag- og erfaringsbasert kompetanse om ammeveiledning etter hjemreise fra sykehus. Fordi innholdet i SOMAH2-materialet ville fokusere på forberedende ammeveiledning og ammestart ble rekruttering på helsestasjoner først nedprioritert til fordel for barselavdelinger og ammepoliklinikk. Da rekrutteringen fra sykehus ikke førte til at ressurspersoner meldte seg ble det utelukkende fokusert på helsestasjoner.

Det ble besluttet å rekruttere elektronisk fra et tilgjengelighetsutvalg basert på kontaktlistene fra InnBaKost-studien og SOMAH-prosjektet. Denne kontaktinformasjonen ble gjort tilgjengelig for studenten av masterveilederen. Rekrutteringen foregikk elektronisk over e-post der alle de forespurte mottok den samme teksten med informasjon om prosjektet og forespørsel om deltakelse (vedlegg 1). Forespurte som takket ja til deltakelse fikk tilsendt den første versjonen av SOMAH2-materialet. Enkelte av de rekrutterte var avdelingsledere og disse rekrutterte igjen kollegaer via snøballmetoden.

Det ble rekruttert åtte helsesykepleiere i tillegg til to jordmødre fordelt over fire helsestasjoner fra Akershus vest, Akershus Øst og Oslo øst. De satte inklusjonskriteriene ble dekket via utvalgene som hadde deltatt i InnBaKost og SOMAH-prosjektet.

3.2.2 Rekruttering til egnethetsvurdering

Utvalget til egnethetsvurderingen av det reviderte SOMAH2-materialet ble rekruttert elektronisk via e-post fra utvalget som hadde deltatt i revideringen (vedlegg 10). Invitasjon til deltakelse ble sendt til totalt 13 personer, inkludert ansatte ved NKA. I e-posten fikk de informasjon om hva deltakelsen innebar og ble de bedt om å oppgi hvilken e-postadresse de ønsket å få tilgang til det anonyme SAM-spørreskjemaet med. Det ble sendt ut én purring for å besvare invitasjonen.

Det var totalt syv blant de 13 forespurte som sa ja til å delta i egnethetsvurderingen. Disse mottok en ny e-post som inkluderte det reviderte SOMAH2-materialet i pdf-format (vedlegg 13) og en veileder til hvordan de skulle gjennomføre egnethetsvurderingen (vedlegg 12). Det ble sendt ut to purringer for besvarelse av SAM-spørreskjemaet. Av de syv som hadde takket ja til å delta var det kun 5 som leverte besvarelse i nettskjemaet.

3.3 DEL 1: UTFORMING AV SOMAH2-MATERIALET

Studenten hadde tidligere erfaring med samtaleverktøy gjennom revidering av Kreftforeningens «Gode vaner for god helse – barn, kosthold og fysisk aktivitet» i 2016 (Kreftforeningen, udatert). Masteroppgavens relativt åpne problemstilling gjorde at innholdet i materialet kunne avgrensnes til å omhandle forberedende ammeveiledning og veiledning på første konsultasjon på helsestasjon etter fødsel, for mødre med barn født til termin. Denne avgrensningen innebærer at materialet som er utviklet i dette masterprosjektet ikke dekker all ammeveiledning. Bakgrunnen for avgrensningen er beskrevet nærmere lenger ned i metodekapittelet.

Del 1 kan oppsummeres ved at det først ble laget et rent teoretisk utkast basert på den utvalgte litteraturen fra NKA og Helsedirektoratet som er presentert i kapittel 3.3.2. Innholdet i det første SOMAH2-materialet ble skrevet med bruk av SAM-instrumentet til kontinuerlig kvalitetskontroll, der det ble lagt vekt på kategoriene «innhold», «krav til leseferdighet» og «kulturell egnethet». Det produserte materialet ble deretter revidert i ressursgruppene bestående av helsesykepleiere og jordmødre. Revideringen skulle også fungere som en kvalitetssikring av både språk og innhold, og skulle bidra til å gjøre innholdet mer brukervennlig. Hele prosessen vil beskrives i underkapitlene som følger.

3.3.1 Plan for tekstutforming

For å bygge opp en ramme for arbeidsprosessen ble det stilt tre overordnede spørsmål:

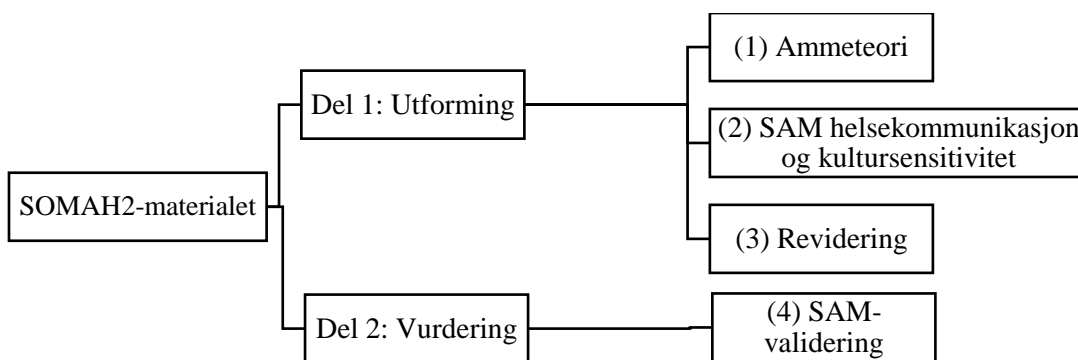
1) Hvem er brukergruppen? 2) Hva er budskapet? 3) Hvem må forstå budskapet?

Brukergruppen er helsepersonell, budskapet er kunnskapsformidling og motivering til amming, og mottakerne av budskapet er mødre med ulik sosioøkonomisk- og kulturell bakgrunn. Dette ledet til tre føringer for hva SOMAH2-teksten måtte bestå av:

1. Et innhold om amming som er teoretisk korrekt og ammefremmende
2. Et format som er lettleselig for helsepersonell
3. Et innhold som er mest mulig forståelig for et bredt utvalg mødre

De tre føringene resulterte at del 1 fikk en tredelt utformingsprosess. Disse er illustrert i figur 2 og blir gjennomgått i egne underkapitler.

Figur 3 Skjematisk fremstilling av arbeidsprosessen bak SOMAH2-materialet.



3.3.2 Trinn 1: Ammeteori

For å utvikle et teoretisk riktig innhold ble det inngått et samarbeid med Norsk Kompetansetjeneste for Amming (NKA) ved Oslo Universitetssykehus ved prosjektstart. De anbefalte at det ville være mest hensiktsmessig å basere innholdet på eksisterende veiledere

og retningslinjer, framfor å bruke primærlitteratur. Anbefalt litteratur som SOMAH2-materialet kunne ta utgangspunkt i var *Ammeveiledningspermen*, som er NKA egen veileder for helsepersonell som tar for seg de mest vanlige ammeproblemene med forslag til løsninger, og *10 trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus*. *10 trinn* er NKA sin versjon av WHO sitt *Baby friendly hospital initiative*, og er et en samling med krav som må være imøtekommet for at et sykehus skal bli godkjent som Mor-Barn-Vennlig sykehus (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2010). Det er viktig å påpeke at *Ammeveiledningspermen* er under revidering og en ny utgave kommer i løpet av 2019. Det vil derfor være nødvendig å revidere det materialet som har blitt produsert i denne masteren senere i SOMAH2-prosjektet.

Inklusjonskriterier for temaer til SOMAH2-materialet

Inklusjonskriteriene ble satt etter diskusjon med NKA og en gjennomgang av *Ammeveiledningspermen*. Som nevnt tidligere skal ikke denne masteroppgaven produsere det fullstendige innholdet for den planlagte SOMAH2-appen, og det var derfor nødvendig å sette avgrensninger for inkluderte temaer.

Avgrensningene av temaer ble gjort først og fremst av hensyn til masterprosjektets tidsrammer og hva NKA mente ville være hensiktsmessige temaer å starte med. De utvalgte temaene (vedlegg 13) begrenset seg til forberedende ammeveiledning og ammestart for friske barn født til termin, med et fokus på oppmuntring til amming. Temaene måtte derfor være begrenset til friske mødre med friske barn født til termin, og være av relevans for ammestart og de mest vanlige ammeproblemene som ikke stammer fra medisinske diagnoser eller sykdom. Råd og temaer som var rettet mot premature barn, ammeproblemer som følge av sykdom hos mor eller barn og andre medisinske årsaker ble ekskludert.

Teorigrunnlag

I tillegg til ressursene fra NKA ble Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring, og Helsedirektoratets brukerveileder *Hvordan du ammer ditt barn* brukt i teorigrunnlaget. Anbefalingene som ble presentert i SOMAH2-teksten er i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger for spedbarnsernæring. Som nevnt skal materialet være et verktøy for helsepersonell i møte med mødre, så for å få inkludert perspektiver til ammende mødre ble det sett til InnBaKost-studien og PasOpp-rapporten fra 2016 for denne gruppens perspektiver. SAM-instrumentet ble kontinuerlig brukt som veileder i skriveprosessen.

Strukturering av temaer

Ettersom temaer fra *Ammeveiledningspermen* ble valgt ut ble hvert av disse satt opp som et eget kapittel. Deretter ble *10 trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus*, Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, Nasjonal Faglig retningslinje for spedbarnsernæring, brosjyren *Hvordan du ammer ditt barn*, InnBaKost-studien og PasOpp-rapporten gjennomgått for innhold som ville være relevant for de utvalgte temaene. Det som var relevant innhold fra de overnevnte ble ført inn under de tematiske kapitlene. Kapitlene ble så langt det var mulig arrangert kronologisk fra forberedende ammeveiledning til ut i ammestart.

Etter inspirasjon fra Kreftforeningen sitt samtaleverktøy (Kreftforeningen, udatert) ble all tekst satt i kulepunkter under hvert overordnede tema.

Mors perspektiv

For at SOMAH2-materialet skulle kunne imøtekomme kravene til kultursensitivitet og fordi det ikke ble gjennomført fokusgruppeintervjuer eller revidering med mødre, ble mødrenes perspektiver og behov forsøkt dekket gjennom resultatene fra InnBaKost-studien og PasOpp-rapporten. Disse to inneholder data om mødre med ulike bakgrunner i Norge sine erfaringer, selvrapporterte problemer og tanker om både amming og barselomsorgen (Sandberg, 2015; Sjetne & Holmboe, 2016; Wandel et al., 2016). Å inkludere disse studiene ville kunne bidra til kultursensitivitet i veilederen.

Mødrene i PasOpp rapporterte opplevelser med ammeveiledning på barsel som kunne tyde på at det er mangel på forberedende veiledning. De kvalitative dataene i InnBaKost-studien viste blant annet at mødre hadde opplevd motstridende råd fra helsepersonell, eller at det var vanskelig å forstå rådene. InnBaKost-studien ga i tillegg innsikt i praksis, holdninger og oppfatninger om amming blant somaliere og irakere. Temaer og problemstillinger mødrene i disse to studiene hadde tatt opp som reflekterte ammeproblemer, eller misoppfatninger om amming og morsmelk ble også inkludert i teorigrunnlaget. Det ble lagt særlig vekt på melkeproduksjon og opplevelsen av for lite melk.

3.3.3 Trinn 2: Suitability Assessment of Materials som kvalitetssikringsmetode

Som beskrevet over kan SAM-instrumentet brukes som et kvalitetssikringsverktøy under utviklingen av skriftlige materialer. Å utvikle et nytt skriftlig materiale basert på eksisterende skriftlige materialer ved bruk av SAM-instrumentet blir i praksis som at man produserer en revidert utgave av de eksisterende materialene.

For å utvikle teksten for SOMAH2-materialet ble alt av relevant tekst fra de utvalgte veilederne og retningslinjene vurdert opp mot kriteriet «godt egnet» for alle aktuelle spørsmål i SAM-instrumentet til Doak, Doak & Root. For eksempel sier SAM-instrumentet at et godt egnet opplysningsmateriale vil ha et språk som er hverdagslig og muntlig med enkle setninger (Doak et al., 1996). I for eksempel tekst som ble hentet fra Ammeveiledningspermen ble altså faguttrykk og akademisk språk byttet ut med mer allmenne uttrykk og mer kjente begreper. Gjennom å unngå avanserte formuleringer, ord og uttrykk som kan være vanskelig å tolke, samt å bruke så generelle eksempler som mulig, skulle tekstens kulturnøytralitet og språksensitivitet være ivaretatt på best mulig måte.

3.3.4 Trinn 3: Revidering

I dette kapittelet vil prosessen for revidering bli gjennomgått og forklart. Revideringene skulle gjennomføres i fysiske møter med ressursgruppene og hadde to formål, der de skulle sørge for innhenting av erfaringsbasert kunnskap fra helsepersonell og fungere som kvalitetssikring av SOMAH2-materialet.

Ressursgruppene skulle bestå av helsesykepleiere og jordmødre med tilknytning til helsestasjoner. Gjennomføringen av revideringsmøtene skulle gjøres av studenten i samarbeid med masterveileder. Det ville ikke bli tatt lydopptak. Det ble lagt opp til at møtene med ressurspersonene skulle ha en struktur liknende semi-strukturerte fokusgruppeintervjuer. «Semi-strukturert» vil si at temaer som skal belyses er fastsatt, men at strukturen og rekkefølgen på disse vil være fritt (Thagaard, 2013). Det ble derfor forberedt en semi-strukturert intervjuguide til å lede revideringen, bestående av 13 spørsmål:

Tema	Spørsmål
Språk og formuleringer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Har dere egne erfaringer om mindre gode formuleringer som bør unngås? 2. Har dere erfaringen med måter å forklare på som fungerer godt? 3. Er det måter å ta opp, eller snakke om temaer på som dere anbefaler å bruke?
Presenterte temaer	<ol style="list-style-type: none"> 4. Synes dere temaene er presentert på en hensiktsmessig måte? 5. Er det temaer dere savner/mener bør være inkludert i appen?

6. Når i ammetidsforløpet bør temaene bli tatt opp?
7. Er det temaer som bør prioriteres foran andre? I så fall – hvilke?
8. Er det noen typiske misforståelser som kan unngås?
9. Er det misforståelser det er vanskelig å unngå?
10. Er det særlige temaer mødre ser ut til å synes er vanskelige?
11. Er det holdninger eller oppfatninger som det bør fokuseres mer på?
12. Er det temaer eller problemstillinger dere har gode løsninger til?
13. Er det temaer eller problemstillinger dere ønsker dere kunne fått hjelp til?

Erfaringer fra helsepersonell

Gjennomføring av møter

Alle som hadde takket ja til deltakelse fikk tilsendt samtykkeskjema over e-post. De mottok også intervjuguiden med de 13 spørsmålene for å kunne forberede seg. På dette tidspunktet ville alle rekrutterte allerede ha fått SOMAH2-materialet de skulle revidere. Til selve møtet ville studenten ha med seg to kopier av samtykkeskjemaet som hver deltaker skulle signere, der studenten skulle beholde den ene kopien. Det ville ikke bli tatt lydopptak under møtene og det ville derfor ikke bli gjennomført transkribering av innspillene som ble gitt underveis. Det foreligger derfor kun nøkkelnotater fra studenten selv (vedlegg 5, 6, 7).

Møtene ble innledet med signering av samtykkeskjemaer og informasjon om SOMAH2-prosjektet (den samme som deltakerne hadde fått på e-post, vedlegg 1) og det var mulighet for ressurspersonene å stille oppklarende spørsmål. Studenten forklarte at møtene ville ha et semi-strukturert oppsett med relativt frie rammer, der det ville bli tatt utgangspunkt i de 13 spørsmålene ressurspersonene hadde fått på forhånd. Det ble opprinnelig satt av 45 minutter per gruppe, men mengden av innspill og diskusjon førte til at de to gruppene med flere ressurspersoner måtte gjennomføre revideringen i to omganger.

Revideringsprosessen

Revideringene skulle gjøres fortløpende av studenten under møtene. Den semi-strukturerte intervjuguiden skulle her brukes til å lede revideringen av hvert kapittel i materialet. Det

hadde blitt forberedt et eget elektronisk skjema (vedlegg 4) der forslag til nye formuleringer, andre endringsforslag og innspill skulle bli notert inn.

Det ble gjennomført totalt syv revideringer, der seks av disse ble gjort i ressursgruppene. Den syvende og avsluttende ble gjennomført av studenten med innspill fra masterveileder. I det første revideringsmøtet ble det foreslått at gruppen kunne gjennomgå ett og ett kapittel. Denne metoden ble også tatt i bruk under alle de andre revideringene. Under gjennomgangen av hvert kapittel ble de forberedte spørsmålene brukt til å lede revideringen, og ressurspersonene i alle gruppene kommenterte på teori, språk og ga innspill til om noe burde inkluderes eller ekskluderes. Underveis i revideringer ble ressurspersonene oppfordret til å dele personlige erfaringer, tips og dybdekunnskap som de selv hadde praktisk erfaring med under det aktuelle kapitlet.

Den mest omfattende revideringen ble gjennomført i det første møtet med den første ressursgruppen. Underveis i dette møtet ble det forsøkt å notere inn alle endringsforslagene i det forberedte skjemaet, men dette viste seg å være lite effektivt. Det ble foreslått at alle nye formuleringer, andre endringsforslag og innspill heller skulle noteres direkte inn i tekstdokumentet, med funksjonen «spor endringer» slått på. Dette er illustrert i figur 6 og 7 i resultatkapitlet. I figur 6 vises det også til hvor omfattende revideringen var i den første gruppen og hvorfor det var mer effektivt å endre revideringsmetoden. Revideringene ble heretter gjort fortløpende i selve dokumentet av studenten under alle møtene..

Fordi metoden for revidering ble endret til at endringsforslag ble ført direkte inn i SOMAH2-materialet ble det diskutert om hvorvidt det kunne være hensiktsmessig å sende ut de nye versjonene til de nesten gruppene. Denne metoden åpnet opp for at ressurspersonene kunne gi revideringer og innspill på hverandre sine innspill, og dermed bidra til å øke kvaliteten av teksten ytterligere. Etter hvert møte ble det derfor opprettet en ny, renskrevet versjon av SOMAH2-materialet som gruppen hadde revidert og gitt innspill på. Den nye versjonen ble så sendt ut til påfølgende gruppe med informasjon om den metodiske endringen. Alle hadde fått den opprinnelige SOMAH2-teksten før denne endringen i planen ble gjort. Med unntak av den første gruppen reviderte altså gruppene hverandre sine revideringer. Alle de gamle, reviderte utgavene av SOMAH2-materialet ble lagret.

Skjemaet som opprinnelig skulle brukes til å notere inn endringsforslag ble heller brukt til å notere ned alle andre innspill som ikke var direkte revideringsforslag, faglige refleksjoner rundt de inkluderte temaene eller som handlet om temaer som ikke var inkludert i materialet

(supplerende innspill). Dette ble bare gjort for tre av gruppene, siden skjemaet i den første gruppen ble forsøkt brukt til sitt originale formål.

3.4 DEL 2: EGNETHETSVURDERING AV SOMAH2-MATERIALET

Egnethetsvurderingen av SOMAH2-materialet skulle gjøres med et tilpasset SAM-instrument. Det tilpassede SAM-instrumentet ble lagt inn som et spørreskjema i Universitetet i Oslo sitt elektroniske nettskjema. Gjennomføringen av egnethetsvurderingen ble gjennomført anonymt med dette spørreskjemaet. Rekrutteringen av utvalget til egnethetsvurderingen er beskrevet i kapittel 3.2.2.

3.4.1 Oversetting og tilpasning av SAM-instrument

Det tilpassede SAM-instrumentet for SOMAH2-materialet (vedlegg 9) er basert på Doak, Doak & Root sitt originale SAM-instrument og ble utviklet etter deres metode. Oversettingen av det tilpassede SAM-instrument fra engelsk til norsk ble gjort av studenten i samarbeid med veileder. Det tilpassede SAM-instrumentet som skulle brukes av utvalget ble laget i Universitetet i Oslo (UiO) sitt nettskjema for sikker datainnsamling over nett. I figur 3 presenteres et eksempel fra et av spørsmålene som ble inkludert i det tilpassede SAM-skjemaet etter oversettelse.

Figur 3 Eksempel på oversettelse i tilpasset SAM-instrument for SOMAH2

Setningsoppbygging: Konteksten blir gitt før ny informasjon. Mottakere lærer ny informasjon/atferd raskere når vi får vite konteksten først (<i>eksempel: For å lindre smerte (kontekst), legg noe varmt over det ømme området (ny informasjon).</i>)	
	Svært godt - Gir konsekvent kontekst før ny informasjon blir presentert.
	Tilstrekkelig - Gir kontekst i omtrent halvparten av teksten.
	Ikke egnet - Kontekst blir ikke gitt først, eller i det hele tatt.
Kommentar:	

Det originale SAM-instrumentet inneholder seks kategorier og totalt 22 spørsmål fordelt over disse. Etter Doak, Doak & Root sin metode skal spørsmål i som ikke passer til materialet som skal evalueres merkes med «N/A» (not applicable/ikke aktuell). I tilpassingen av SAM-instrumentet for SOMAH2-materialet ble spørsmål fra kategoriene «innhold», «krav til leseferdighet», «grafikk, illustrasjoner, lister, tabeller og figurer», «layout og typografi»,

«stimulering til læring og motivasjon», og «kulturell egnethet». Alt fra kategoriene «grafikk, illustrasjoner, lister, tabeller og figurer» og «layout og typografi» ble ekskludert.

Av de 22 spørsmålene fra det originale instrumentet ble totalt tolv spørsmål ansett som N/A for SOMAH2-materialet (vedlegg 8). Det virket mer hensiktsmessig å kun inkludere de spørsmålene utvalget faktisk skulle svare på, slik at det ble unngått at de ved feil ga poengscorer som ikke var aktuelle for SOMAH2-materialet. Det tilpassede SAM-instrumentet (vedlegg 9) inkluderte spørsmål fra kategoriene «innhold», «krav til leseferdighet», «stimulering til læring og motivasjon» og «kulturell egnethet».

Som beskrevet over anser SAM-metoden kulturell tilpasning som en gullstandard for kultursensitivitet i skriftlige materialer. For å gi respondentene en kontekst om dette ble det derfor lagt inn ekstra forklaringer i spørsmålene under kategorien «kulturell egnethet» i SAM-instrumentet (figur 4 og 5).

Figur 4 Tilleggsforklaring 1 under kategori «kulturell egnethet».

Kultursensitivitet – Logikk, Språk, Erfaring (LSE): Et godt mål på den kulturelle egnetheten til et materiale er hvor godt dets logikk, språk og erfaringer (LSE) stemmer overens med mottakerne sin LSE. Hensikten med SOMAH2 er at det skal kunne brukes i veiledning med mødre fra mange ulike bakgrunner, og må derfor være kulturnøytralt (som er en form for kultursensitivitet) (<i>eksempel: Råd om spesifikke matvarer i kostholdet har lav kultursensitivitet dersom matvarene det blir gitt råd om er tabu, ikke spises, eller ikke er tilgjengelig i nærområdet til den gruppen rådene er rettet mot</i>).	
	Svært godt - Sentrale deler av materialet ser ut til å stemme med LSE til den målgruppen som skal motta informasjonen.
	Tilstrekkelig - Omtrent halvparten av de sentrale delene i materialet passer til målgruppens LSE.
	Ikke egnet - Materialet passer åpenbart ikke til målgruppens LSE.
Kommentar:	

Figur 5 Tilleggsforklaring 2 under kategori «kulturell egnethet».

Kulturelle bilder og eksempler: (Til orientering; denne SAM-kategorien er utarbeidet med tanke på å vurdere materialer for spesifikke kulturelle grupper. SOMAH2 sikter til å passe flest mulig og å være kulturnøytral, som etter SAM ikke er en gullstandard for opplysningsmaterialer.) For at en instruksjon skal bli akseptert av mottakeren må instruksjonen presentere en fremstilling av kulturen på en realistisk og positiv måte. Dette gjelder også for eksempler.	
	Svært godt – Bilder og eksempler fremstiller kultur på positive måter.
	Tilstrekkelig – Nøytral presentasjon av kulturelle fremstillinger.
	Ikke egnet - Negative fremstillinger, slik som overdrivelser eller karikaturer av kulturelle karakteristikk, handlinger eller eksempler.
Kommentar:	

3.4.2 Veiledning om egnethetsvurderingen

Det ble laget en veileder til respondentene for å forklare hvordan egnethetsvurderingen fungerte og hvordan de skulle gjennomføre den (vedlegg 12). Egnethetsvurderingen av SOMAH2-materialet kunne fremstå noe kompleks, fordi respondentene måtte vurdere innholdet både ut i fra den faktiske teksten og reflektere rundt brukbarheten i en veiledningssituasjon.

Fordi målgruppen for SOMAH2-materialet i realiteten består av to ulike grupper (helsepersonell og mødre) var det nødvendig å tydeliggjøre hvilke av spørsmålene som relaterte til hvilke av disse to og hvordan respondentene måtte tolke innholdet. I spørsmål om innhold som relaterte til helsepersonell ble det brukt ordet «brukeren» eller «helsepersonell». I spørsmål som relaterte til gravide og mødre ble det brukt ordet «mottakeren». Dette ble presisert i veilederen for å tydeliggjøre for respondenten hva vedkommende evaluerte.

Flere av spørsmålene i SAM-instrumentet relaterer til opplysningsmaterialer (som brosjyrer, infoskriv o.l.), og selv om kommunikasjonsverktøyet til SOMAH2 også vil være at opplysningsmaterialer skiller det seg markant fra for eksempel en brosjyre ved å ha et mellomledd i formidlingen av budskapet (som er helsepersonellet). Dette ble også presisert i veilederen til respondentene.

Det ble forklart i veilederen at respondentene skulle vurdere både om det faglige innholdet ville være passende for mødre som skal motta informasjonen, og om måten informasjonen var lagt fram på ville være hensiktsmessig for helsepersonell ved bruk av materialet i en veiledningssituasjon.

3.5 ETISKE BETRAKTNINGER

Masterprosjektet er meldt inn til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Prosjektet er ikke finansiert.

Utvalget av helsesykepleiere og jordmødre mottok skriftlig informasjon (vedlegg 1) og samtykket skriftlig til å delta (vedlegg 2). Informasjonsskrivet til ressurspersonene har blitt vurdert som godt utformet av NSD. Helsestasjonene og personene som har deltatt i prosjektet har blitt anonymisert. De personidentifiserende opplysningene som har blitt registrert i forbindelse med prosjektet er navn, yrkestittel, tilknytning til helsestasjon, e-postadresse og telefonnummer. Samtlige opplysninger har blitt behandlet konfidensielt. Notater fra møter med ressursgruppene har ikke blitt koblet opp mot navnet på helsestasjonen, men blitt merket med «gruppe 1», «gruppe 2» osv. Alle lagrede personopplysninger vil være slettet ved masteroppgavens innlevering.

Det elektroniske spørreskjemaet for egnethetsvurderingen ble laget i Universitetet i Oslo sitt nettskjema for sikker løsning for datainnsamling via nett.

4 RESULTATER

Resultatkapittelet består av revideringen av SOMAH2-materialet, innspill som ble gitt under revidering med ressursgruppene, eksempler på endringene som ble gjort i materialet, gjennomgang av egnethetsvurderingen og SAM-scoren.

4.1 REVIDERING AV SOMAH2-MATERIALET

Det var totalt åtte helsesykepleiere og to jordmødre (N=10) som deltok som ressurspersoner i revideringsprosessen i de fire gruppene. I gruppe 1 og 2 var det fem og tre deltakere, respektivt. I gruppe 3 og 4 var det kun en ressursperson hver.

I dette kapittelet vil noen av de større endringene som ble gjort og noen av innspillene som ble samlet inn under revideringsmøtene bli presentert sammen med eksempler på hvordan de er reflektert i den endelige versjonen av SOMAH2-materialet.

Revideringsprosessen

Det første møtet som ble gjennomført med den første gruppen førte til de mest omfattende endringene i materialet. I figur 6 er det vist et utdrag fra det reviderte dokumentet fra denne gruppen for å illustrere hvor store endringer som ble gjort. Gruppen la til blant annet et eget kapittel om ressurser for mødre og for helsepersonell.

I den første versjonen av SOMAH2-materialet som ble sendt ut var det inkludert et forslag om å ha med illustrasjoner av utviklingen av størrelsen på barnets mage. Dette var ment for å vise mødre at det er lite rom for å gi annet enn morsmelk. Både gruppe 1 og 2 ønsket å stryke ut dette, da størrelsen på barnets mage ikke er noe helsepersonell forholder seg til under ammeveiledning.

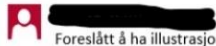
Figur 6 Utdrag fra revidering i den første gruppen.

1.3 MORSMELKERSTATNING (MME) OG ANNEN MAT

- Hvis du kan Det er fint for deg og barnet ditt dersom du får til å amme. amme er dette det beste du kan gjøre for barnet ditt.
- Noen få kvinner får ikke til å amme, og skal da gi barnet MME. Noen ganger fungerer bare ikke ammingen slik man ønsker.
- MME er det eneste trygge man kan gi til barn når man ikke kan amme, men MME er ikke like bra som morsmelk. Det betyr at det ikke er lurt å velge MME hvis du har egen melk.
- Innholdet i MME inneholder ikke immunstoffer som kan beskytte barnet mot sykdom, er ikke tilpasset barnets behov for hver dag, slik som morsmelk er.
- Det er trygt å bruke MME når man bruker rent drikkevann og rene flasker. I Norge er det trygt å bruke MME når man ikke kan amme, fordi vi har rent vann og gode medisiner hvis barnet blir sykt.
- All morsmelk er verdifull. La barnet drikke alt det det klarer fra begge bryst, selv om du har lite. Gi bare MME hvis barnet fortsatt er sulten når du er tom. Se kapittel 2.2.6.
- «Morsmelk først, så MME». Selv om du gir barnet MME er det fint for barnet og deg om du gir bryst først.

Under diskusjonene av de ulike kapitlene ga flere av gruppene innspill på hvordan illustrasjoner kunne bli brukt i appen. I figur 7 ser man et eksempel på hvordan dette ble foreslått. Særlig i kapitlet om ammestilling kom det mange forslag til å illustrere ulike typer støtteputer, posisjoner og andre hjelpemidler som kan vises til mor under veiledningen.

Figur 7 Illustrasjon av revidering i SOMAH2-materialet.

<p>2.2.7 Unngå flaske – hvis det ikke er medisinsk grunn til å bruke det</p> <ul style="list-style-type: none">• Barn som ofte får flaske blir svakere i sugerefleksen. Da blir det mer vanskelig for dem å ta brystet og få ut melken når de ammes.• <u>Hvis du må bruke flaske bør du velge en smokk med få hull i seg. Da må barnet suge hardere og beholder styrken i sugerefleksen bedre.</u>• <u>De første to ukene etter fødsel bør barnet ikke få smokk. Det kan gjøre at barnet ikke får til å suge riktig på brystet/forstyrre barnets sugeteknikk.</u>	 <p>Foreslått å ha illustrasjon av en slik smokk.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.1.1 Ressursgruppens innspill til SOMAH2-materialet

Som beskrevet over ble det notert ned innspill utover revideringsforslag fra tre av ressursgruppene. Flere av disse er presentert under med eksempler på hvordan de ble inkludert i den endelige SOMAH2-materialet.

Oppfølging av holdninger hos mor

Det ble gitt flere innspill om viktigheten av at helsesykepleier og jordmor følger opp hvorfor mor gjør det hun gjør, eller hva som ligger til grunn for eventuelle oppfatninger om ammingen. Flere mente at appen bør oppfordre helsesykepleiere til å stille spørsmål og følge opp utsagn fra mor under veiledningen.

«Må tørre å spørre om hva som er vanlig praksis der man kommer fra, for å oppdage spesifikke saker man må oppklare i. Problematikk bak å få barna til å bli store.»

- Gruppe 2

«Nesten alle man er på hjemmebesøk hos ammer eller gir morsmelk. Likevel har mange sluttet eller gir MME. Trenger å undersøke hvorfor dette skjer.»

«Obs på mødre som ikke vet hva de skal spørre om ofte er de som ikke kan snakke norsk. Særlig viktig å informere om ressurser.»

«Vanskelig å ta tak i press hjemmefra – en måte å ta tak i det er å vise at dersom de gjør som anbefalt har det positiv effekt.»

- Gruppe 3

Under er eksempler på hvordan disse innspillene ble inkludert i den endelige versjonen av SOMAH2-materialet. Eksempel nummer 1 illustrerer også hvordan SOMAH2-appen kan bidra til å minne helsepersonell på å følge opp de bakenforliggende årsakene til hvorfor mor gjør som hun gjør.

1. Noen er opptatt av at barnet må bli størst mulig, og bruker derfor MME i tillegg til morsmelk. Dette handler mye om kultur og tradisjonelle tanker rundt spedbarn og amming. Hvis mor uttrykker at hun ikke synes barnet er stort nok, selv om vekt og mål viser at det er normalt; ta deg tid til å høre på hvorfor mor mener det er viktig at barnet skal være større. Det er lettere å forklare hva som er en sunn vektkurve for et barn når man forstår hva mor er opptatt av.
2. Ofte vil det være nødvendig å følge opp om mor vet hvem hun kan henvende seg til, og hvilke ressurser hun har (barselgrupper, tilbud i sin bydel/kommune, helsetjenester etc.). Det er ikke alle som vet hvilke ressurser som finnes for dem.

Språkbruk og tips om ressurser

Det ble ansett som positivt at det var et fokus på bruk av enklere språk enn det som er tradisjonelt for veiledere til helsepersonell. Det ble påpekt at det er flere temaer som er aktuelle å få inkludert i den ferdige appen.

«NB likte egentlig at det ble brukt mindre faglige ord, slik det var i det opprinnelige utkastet. Det er mer viktig at det passer brukeren, og ikke hva helsepers er vant med. Redusere akademia.»

«Anbefal videoene til ammehjelpen i tillegg til «Bryst er best».

- Gruppe 1

«Prater forbi hverandre om «fullamning». Dette er ikke et allment begrep og bør ikke brukes under veiledning.»

«Økedager må forklares – barnet vokser og trenger mer mat. Med jevne mellomrom har de økedager der de dier oftere (ref. hvis man tror man har lite melk), barnet må legges oftere til bryst for å regulere produksjonen.»

«Sugeteknikk og såre brystvorter: blir man sår tidlig kan det føre til at mor gir opp. Fordype viktigheten av barnet til brystet ikke brystet til barnet. Ha mer forklaring på liggestilling og konsekvenser.»

- Gruppe 2

Under er utdrag fra den endelige versjonen som tar for seg noen av de spesifikke innspillene over. Underkapittelet for ammestilling ble utvidet betydelig gjennom revideringene, siden flere av ressurspersonene hadde erfaring med at mødres forklaringer på hvorfor de slet med ammingen relaterte til ammestillingen. For ammestilling påpekte flere at denne seksjonen av den endelige appen bør inkludere bilder og illustrasjoner av ulike typer stillinger mor kan teste ut.

1. Noen ganger kan barnet ha fått mer appetitt før brystene har rukket å lage nok melk. Da kan du begynne å gi bryst oftere til du har tatt igjen barnets appetitt. Slike dager kalles «økedager», og barnet trenger å legges oftere til brystet enn det kanskje har trengt de siste dagene.

2. «Fullamming» er når barnet bare får morsmelk, og ikke noe annet. Ikke vann, saft, morsmelkerstatning, sukkervann eller babymat. Unntaket er medisin, tran eller vitamin D-dråper.
3. Amming skal være mest mulig behagelig for deg og barnet ditt. Ta deg tid til å sitte godt og finne amместillinger som føles bra for dere begge. Spør helsesøster og jordmor om hjelp til å finne gode stillinger for deg.
4. Feil amместilling kan gi vond rygg, stive skuldre og hodepine.

Brukbarheten av og behov for et verktøy

Det var noen som var usikre på hvorvidt det er hensiktsmessig med en app med mye tekst for helsepersonell, eller om det heller burde lages spesifikt for mødre. Det ble i en av gruppene påpekt at det allerede eksisterer mange ressurser, verktøy og brosjyrer som helsesykepleiere kan forholde seg til. Det er viktig å huske på at SOMAH2 i utgangspunktet ikke skal lære helsepersonell noe nytt om amming, men assistere dem i å formidle det de kan til en bred gruppe av mødre. Viktigheten av bildebruk og illustrasjoner i veiledningsverktøy ble trukket fram, der flere av ressurspersonene nevnte at det var enklere å bruke illustrasjoner som verktøy.

«Spørsmål om dette er matnyttig for helsesøstre/jordmødre. Mye informasjon som helle burde være direkte tilgjengelig for foreldrene. Det første SOMAH-verktøyet var veldig bra – SOMAH2 bør være basert på illustrasjoner. Appen må ha stort fokus på det visuelle og bør prioritere illustrasjoner og bilder. Illustrasjonene gjør appen til et verktøy for helsepersonell.»

- Gruppe 1

Holdninger og følelser

Flere nevnte viktigheten av å bidra til å redusere press og skape mer realistiske forventninger hos mor. Dette handlet også om å ta tak i holdninger som fører til en praksis som er mindre bra for barnet, da særlig at noen har et ønske om at barna skal bli store.

«Barseltårer – særlig for sårbare kvinner som er alene. Følelsen av depresjon på barsel. Få fram at man er full av hormoner og emosjoner eller fødsel. Ideen om den lykkelige mor etter fødsel er oppskrytt.»

- Gruppe 2

«Barn som føres til å bli for store, utfordrende tema. Viktig å vinkle det mot fordelene av bare brystmelk der det er mulig.»

«Viktig å trekke fram de positive effektene av amming, selv om melken er på flaske, uten å fremstille det som at å ikke amme er direkte negativt.»

«Få med viktigheten av at man ikke skal presse seg når det ikke fungerer.»

- Gruppe 3

I den endelige versjonen av SOMAH2-materialet ble det lagt mye vekt på generelt positive fremstillinger og ufarliggjøring av situasjoner som mødre kan oppleve som vanskelige.

1. Hvis du er bekymret, synes ting er vanskelig eller er lei deg kan du snakke med helsesøster eller jordmor. De er der for å hjelpe deg.
2. Man kan gå fra å være veldig glad til å være veldig lei seg.
3. Noen får morsfølelsen med én gang, noen andre får det etter hvert. Dette er normalt. Hvis du bekymrer deg for at du ikke har morsfølelse kan du snakke med helsesøster eller jordmor.
4. Ingen skal trenge å føle skam over at de ikke mestrer ammingen slik de ønsker. Man er ikke en dårlig mor av den grunn.
5. Etter fødselen kan mange oppleve «barseltårer». Det er mange endringer i kroppen, man har kanskje søvnmangel, og kanskje har ikke forventningene man hadde blitt innfridd. Man er ikke en dårlig mor fordi man føler seg trist eller ulykkelig etter fødsel.

4.1.2 Endringer i SOMAH2-materialet etter revideringer

I dette kapittelet presenteres oversikten over innholdet som SOMAH2-materialet ble bestående av etter revideringene. Den helhetlige versjonen av SOMAH2-materialet som ble sendt ut egnethetsvurdering ligger i vedleggene (vedlegg 13).

I tabellen under presenteres en skjematisk fremstilling av hvordan SOMAH2-materialet endret seg fra den første versjonen som ble sendt ut til revidering, til den endelige versjonen som ble sendt ut for egnethetsvurdering.

Tabell 3 Sammenlikning av innhold i første og siste utgave av SOMAH2-materialet

<i>Første utgave</i>	<i>Syvende utgave</i>
Kapittel 1: Forberedelse og motivasjon/Forberedelse og motivering – viktig for helsepersonell	Kapittel 1: Forberedelse og motivasjon til amming (rundt svangerskapsuke 38)/Forberedelse og motivering – viktig for helsepersonell
➤ Morsmelkerstatning (MME) og annen mat	➤ Om morsmelkens egenskaper og effekt på barnet
➤ Om morsmelk	➤ Om amming og effekter for mor <ul style="list-style-type: none"> ▪ Korttidseffekter av amming for mor ▪ Langtidseffekter for mor ▪ Fullamming
➤ Om amming <ul style="list-style-type: none"> ▪ Korttidseffekter av amming ▪ Langtidseffekter for mor 	➤ Om morsmelkerstatning (MME) og annen mat til barnet
Kapittel 2: Å komme i gang – viktig for helsepersonell	➤ Ressurser for mor og helsepersonell
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan få en god start ▪ Hva kan du forvente? ▪ Ammestilling 	Kapittel 2: For å komme i gang med ammingen/ For å komme i gang med ammingen – viktig for helsepersonell
➤ Vanlige ammeproblemer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Om barnet og amming ▪ Er barnet urolig eller for rolig? ▪ Fullamming ▪ Viktig at mor og barn er sammen ▪ Hvordan lage nok melk ▪ Hvis du føler du har for lite melk ▪ Unngå flaske – hvis ikke det er medisinsk grunn til å bruke det 	➤ Å få en god start etter fødsel <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viktig at mor og barn er sammen etter fødsel ▪ Melkeproduksjon og hvor mye du skal amme de første ukene ▪ Nytt barn, barselavdeling og den første melken - hva du kan forvente i den første tiden ▪ Følelser og forventninger ▪ Litt om ammestilling
➤ Sosiale forhold	➤ Vanlige ammeproblemer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Om barnets signaler, tidsbruk og ammefrekvens ▪ Er barnet urolig eller for rolig? ▪ Hva påvirker hvor mye melk som lages? ▪ Hvis du tror du har for lite melk
➤ Oppfatninger og formeninger	Kapittel 3: Sosiale forhold
	➤ Oppfatninger og holdninger hos mor – viktig for helsepersonell

Som det blir illustrert i tabell 3 ble det gjort betydelige endringer i materialet i løpet av revideringene. Den opprinnelige utgaven hadde kun to kapitler, men i løpet av revideringene ble innholdet utvidet til tre der sosiale forhold ble satt opp som et eget kapittel. Mengden innhold under alle kapitlene ble utvidet og det ble blant annet lagt til et eget underkapittel om ressurser til mor og helsepersonell. De inkluderte temaene under hvert kapittel ble gjort mer

presise og plassert i en rekkefølge som ressurspersonene anså som mer hensiktsmessig i henhold til veiledninger.

Materialet som ble revidert hadde et todelt oppsett, der delen som heter «viktig for helsepersonell» var ment å kunne plasseres parallelt i appen med veiledningen som retter seg til mødrene. For å forsøke å vise til dette ble kapitlene i del 2 merket med nummer og bokstav slik at det ble tydelig hvilket kapittel i del 1 de korrelerer med. Dette konseptet ble forklart for ressurspersonene under møtene og flere syntes dette var interessant og potensielt nyttig for den ferdige appen.

Innholdet i det opprinnelige SOMAH2-materialet fokuserte på enkel framstilling og formidling for å hjelpe helsepersonell til å øke mors kunnskap om amming, slik at mor skal kunne få økt forståelse for sin personlige amming og ta informerte valg. Innholdet ble satt opp i kulepunkter med kortfattet tekst (se figur 8). Under revideringene ble det gitt positivt uttrykk for at dette var en fin måte å få inkludert mange temaer og informasjon, i tillegg til at kulepunkter skaper mer oversikt i teksten. Flere var positive til at kulepunktene kunne fungere som små påminnere for ting man bør spørre om eller ta opp under veiledning.

Etter de seks revideringene ble den syvende og siste revideringen gjort av studenten med innspill fra veileder. Hensikten med den syvende revideringen var å forberede materialet til egnethetsvurderingen. En del av denne forberedelsen var å plassere tekstbokser innunder hvert kapittel for å gi den som ville evaluere innholdet en kontekst. Disse ble markert godt og er illustrert i figur 8.

Figur 8 Utdrag fra endelig versjon av SOMAH2-materialet

2.2 VANLIGE AMMEPROBLEMER

Kapittel 2.2 omhandler noen av de mer vanlige årsakene til ammeproblemer, som enkelt kan løses. Dette kapitlet skal kunne brukes til både veiledning under svangerskapskontroll, på barsel og når mor opplever spesifikke problemer med ammingen i de første 6 ukene.

2.2.1 Om barnets signaler, tidsbruk og ammefrekvens

- Helsesøster vil måle og veie barnet ditt på helsestasjonen. Det er slik man får vite om barnet får nok mat.
- Vi sier «selv-regulering» når vi snakker om at barnet selv viser at det vil ha bryst.
- Barnet vil ofte vise at det vil ha bryst av seg selv, men bør få bryst minst 8 ganger i døgnet.
- Noen barn sover mye og må vekkes for å få bryst. Dette er helt ok og nødvendig for at de skal vokse godt.
- Det første halve året (6 måneder) er det vanlig at barnet trenger å ammes døgnet rundt. Det betyr også om natten!

4.2 EGNETHETSVURDERING MED TILPASSET SAM-INSTRUMENT

Av de 13 som mottok invitasjon til å gjennomføre egnethetsvurderingen var det syv som takket ja. Av disse syv var det kun fem som besvarte spørreskjemaet. En av de fem respondentene hadde svart dobbelt på 7 av 10 spørsmål og besvarelsen ble forkastet i utregningen av SAM-scoren. Fordi egnethetsvurderingen var anonym var det ikke mulig å vite hvilke(n) fagkompetanse(r) som ble dekket i utvalget. Det ble ikke gjort endringer i materialet etter innspillene fra egnethetsvurderingen.

4.2.1 Feilmåling

Etter at besvarelsene hadde kommet inn ble det oppdaget at det ikke hadde blitt satt begrensning på antall svar man kunne gi på hvert spørsmål. Det skulle egentlig kun vært mulig å velge ett av tre svaralternativer. To av respondentene hadde på noen spørsmål krysset av for to av de tre mulige svarene (person #1 og person #3). Dette kan sees i tabell 4. Person #3 hadde kun gjort dette på ett av spørsmålene, og denne besvarelsen ble derfor inkludert i utregningen. Person #1 hadde gjort dette for 7 av 10 spørsmål og denne besvarelsen ble

ekskludert fra utregningen, men flere av fritekstsvarene var interessante og vil bli omtalt i diskusjonskapittelet.

4.2.2 SAM-Score

Som beskrevet i metodekapittelet kan hver kategori i et SAM-instrument få én av tre mulige poengsummer av den som vurderer materialet (2=svært godt, 1=tilstrekkelig, 0=ikke egnet). Det tilpassede SAM-instrumentet hadde ti spørsmål som gjorde at den maksimale scoren SOMAH2-materialet i dette masterprosjektet kunne oppnå på en enkelt evaluering var 20 poeng (20 p=100%). Dersom alle respondentene hadde gitt høyeste score på alle spørsmål ville alle vurderingene av SOMAH2-materialet samlet kunne ha oppnådd en maksimal score på 100 poeng. Fordi den ene besvarelsen ble ekskludert ble den mulige maksimale scoren redusert til 80 poeng (80 p=100%). Den samlede SAM-scoren etter egnethetsvurderingen var 68 poeng, som tilsvarer en egnethet på 85%. Dette plasserer materialet i kategorien «godt egnet» (70-100%).

Tabell 4 Utregning av SAM- score^a

Spørsmål	Person #1	Person #2	Person #3	Person #4	Person #5	Totalt
Formål	0	2	2	2	1	
Innholdsemner	0	2	2	2	1	
Skrivestil	0	2	2	1	2	
Setningsoppbygging	0/1	2	1/2	2	2	
Ordforråd	0/1	2	2	2	1	
Forsterket læring	0/1	2	2	2	2	
Ønskede handlingsmønstre	0/1	2	2	2	1	
Motivasjon	0/1	2	2	2	1	
Kultursensitivitet – Logikk, Språk, Erfaring (LSE)	0/1	2	2	2	1	
Kulturelle bilder og eksempler	0/1	1	1	1	1	
SAM-Score	N/A ^b	19 p	18(19) p	18 p	13 p	68(69) p

^a0=ikke egnet, 1=tilstrekkelig, 2=godt egnet

^bN/A=Not Applicable/ikke brukbar

4.2.3 Fritekstsvaer

Respondentene hadde mulighet til å legge igjen frittekstsvaer på alle ti spørsmål. Det var kun to av de fem respondentene som gjorde dette. Disse svarene er presentert i tabell 5 og de respektive kommentarene er merket med #1 og #2.

Tabell 5 Fritekstsvaer fra egnethetsvurdering ved bruk av SAM^a

Formål	
<ul style="list-style-type: none"> (#1) <i>Formålet er presentert, men jeg klarer likevel ikke å se for meg hvordan dette materialet skal brukes.</i> 	
Innholdsemner	
<ul style="list-style-type: none"> (#1) <i>Mye av det som står her er elementært, og skal ikke være nødvendig for en jordmor eller helsesøster å ha skriftlig. Det som står er veldig kortfattet og blir dermed tatt litt ut av sammenheng. Det blir for meg litt opp-ramsing av fakta, uten utdyping eller nyanser.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> (#2) <i>Anbefaler å legge ved korrekt link til "bryst er best" på ulike språk</i>
Skrivestil	
<ul style="list-style-type: none"> (#1) <i>Det er gjennomgående mye tekst i dokumentet. Vanskelig å se for seg hvordan mødre skal få utbytte av å sitte å lese dette.</i> 	
Forsterket læring ved bruk av forberedende tekst (veiskilt)	
<ul style="list-style-type: none"> (#2) <i>Tenkte når jeg leste teksten at det kan skrives at alt helsepersonell har taushetsplikt.</i> 	
Kulturelle bilder og eksempler	
<ul style="list-style-type: none"> (#2) <i>Viktig med gode bilder</i> 	

^a #1 og #2 er markører for hvilken respondent som ga fritekstsvaret.

5 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet vil i hovedsak diskutere metodikken bak SOMAH2-materialet og resultatene fra egnethetsvurderingen. Refleksjoner rundt videre arbeid med SOMAH2 basert på innspillene under revidering vil også bli gjennomgått.

Dette masterprosjektet hadde som mål å utvikle og teste språklig- og kultursensitiv informasjon om amming for SOMAH2-appen til bruk av helsepersonell under veiledning med foreldre på helsestasjon og barsel.

Den overordnede målsettingen hadde tre spesifikke målsettinger:

- 1) Å utarbeide et materiale basert på eksisterende veiledere og oppslagsverk for helsepersonell for ammeveiledning, med fokus på språksensitivitet og kulturnøytralitet i innholdet.
- 2) Å innhente og implementere erfaringsbasert kunnskap om ammeveiledning for ulike grupper fra helsepersonell, med utgangspunkt i de inkluderte temaer og problemstillinger i materialet.
- 3) Å gjennomføre en egnethetsvurdering av materialet ved bruk av SAM-instrument.

Masterprosjektet har klart å gjennomføre samtlige deler av målsettingen.

5.1 VALG AV METODE

Dette masterprosjektet har lent seg mot kvalitative forskningsmetoder, men det har ikke vært en klassisk kvalitativ studie der det har blitt forsøkt å forklare et fenomen eller utvikle ny teori om noe ukjent. Det har derimot vært en utforskende studie der det har blitt forsøkt å utforme et passende tekstinhold for SOMAH2 basert på teori, ekspertinnspill fra helsesykepleiere og jordmødre, samt en egnethetsvurdering. Dette har skapt svært frie rammer for arbeidsprosessen og gjort det utfordrende å velge metodiske rammeverk for prosjektet.

Metoder som for eksempel grounded theory ville ikke vært passende, da det ikke var et mål om å fortolke helsepersonell sine erfaringer og behov i en veiledningssetting. Prosjektet har dermed ikke fulgt et metodisk rammeverk, men blitt veiledet av SAM-metoden.

SAM-metoden vurderes som et hensiktsmessig valg av tilnærming i denne oppgaven på grunn av muligheten til å bruke den i både utviklingsfasen og til egnethetsvurdering av skriftlige materialer. Med utgangspunkt i den «triple trusselen» mot effektiv kommunikasjon foreslått av Schyve et al. var SAM-metoden et passende valg, der den tar høyde for kulturell ulikhet,

språkbarrierer og grad av HL. I tillegg legger ikke metoden noen begrensinger på selve prosessen med å utvikle tekstinhold.

SAM-instrumentet gjorde det enkelt og effektivt å omforme tekst fra eksisterende veiledere og litteratur til bruk i SOMAH2-materialet, og det var enkelt å tilpasse instrumentet til å brukes til vurdering av det produserte materialet. Metoden kan også brukes i senere arbeid for SOMAH2, der man kan skreddersy eksisterende materialer til å passe spesifikke grupper.

5.2 UTVALG OG REKRUTTERING

Å benytte et strategisk tilgjengelighetsutvalg kan være en fordel fordi metoden sikrer at utvalget er relevant for studiens problemstilling, og at personene som deltar er motiverte og villige til å stille opp (Thagaard, 2013). Rekruttering via snøballmetoden kan bidra til et større utvalg, men man må samtidig være bevisst på at denne metoden kan føre til at man primært rekrutterer fra det samme miljøet og dermed reduserer spredningen i meninger. Disse betraktningene er mer viktige i kvalitative studier der man skal undersøke et ukjent fenomen (Thagaard, 2013). For dette masterprosjektet og det metodikk ble det ikke ansett som en betydelig svakhet at rekrutteringen ble gjort gjennom et strategisk tilgjengelighetsutvalg supplert av snøballmetoden. Derimot bidro metodene til at inklusjonskriteriene ble møtt og at de rekrutterte var godt egnet til prosjektet.

5.2.1 Ressurspersoner til revideringer

Kontaktlistene som ble gjort tilgjengelige fra InnBaKost og SOMAH bidro til et utvalg som passet inklusjonskriteriene godt. Disse prosjektene inkluderte ikke helsepersonell fra barselavdelinger og ammepoliklinikker og det forelå dermed ingen kontaktlister for dette som kunne brukes under rekrutteringen. Rekruttering av jordmødre fra barselavdelinger og ammepoliklinikk via fysisk oppmøte resulterte ikke i at denne gruppen ble inkludert til revideringene. Dette kan ha ført til at mange svært nyttige innspill og erfaringer med ammestart ikke ble inkludert i revideringene. Perspektivene på forberedende ammeveiledning og tiden rett etter fødsel har derfor blitt dekket i mindre grad for SOMAH2 gjennom dette masterprosjektet. For å få dekket disse må det fokuseres mer på rekruttering av jordmødre i senere arbeid.

5.2.2 Respondenter til egnethetsvurdering

SAM-instrumentet spesifiserer ikke hvem som kan gjennomføre en egnethetsvurdering av et materiale (Doak et al., 1996). Et av argumentene for at utvalget til egnethetsvurderingen

skulle bestå av helsesykepleiere og jordmødre var fordi respondentene ville bli bedt om å reflektere over hvor godt SOMAH2-materialet ville passet for dem i en veiledningssituasjon. Dette innebar at respondenter måtte ha praktisk erfaring med ammeveiledning.

Rekruttering gjennom utvalget som hadde deltatt i ressursgruppene ville kunne bidra til at respondentene allerede hadde kjennskap til prosjektet og materialet de skulle vurdere. Det ville redusere mengden forarbeid med å informere og forklare om prosjektet og materialet som ville vært nødvendig for nye rekrutterte. Samtidig kan det ha vært en ulempe at utvalget ble rekruttert fra det samme utvalget som deltok i revideringen, fordi det besto av få personer.

Selv om det kunne være enklere å sette seg inn i materialet for helsepersonell som allerede hadde kjennskap til prosjektet kan denne rekrutteringsmetoden ha ført til at utvalget ble så lite. Størrelsen på utvalg er mindre avgjørende i kvalitative studier, sammenliknet med kvantitative (Thagaard, 2013) og SAM-metoden presiserer ikke en minimumsgrense for størrelse på utvalget som skal gjennomføre egnethetsvurderingen (Doak et al., 1996). Ved senere egnethetsvurderinger i SOMAH2 bør man likevel ta stilling til om det kan rekrutteres flere respondenter gjennom for eksempel studenter fra helsesykepleie og jordmorfag, i tillegg til samfunnsnærings. Selv om det kan være en fordel i at egnethetsvurderingen gjennomføres av noen som har en fagbakgrunn relevant for materialet som blir evaluert, er det som nevnt ingen satte rammer som presiserer at det er nødvendig for at en egnethetsvurdering skal være gyldig.

5.3 UTVIKLING AV SOMAH2-MATERIALET

Litteraturgrunnlag

At det ble tatt utgangspunkt i eksisterende veiledere og retningslinjer vurderes som et godt metodisk valg for utvikling av innholdet i materialet. I dette masterprosjektet ble det fokusert på forberedende ammeveiledning, i tråd med anbefalingene fra NKA, og temaer som er aktuelle etter at mor har komme hjem etter fødsel kan også trekkes fram under forberedende ammeveiledning. Etter resultatene fra PasOpp 2016 ser det ut til at det er et behov for at det fokuseres mer på forberedende veiledning under svangerskapet. I SOMAH2-appen skal temaer være spredt over en inndeling etter alderen på barnet, slik at man klikker seg inn på aktuell informasjon for det stadiet barnet befinner seg i. Det kan være hensiktsmessig å ha en inndeling for forberedende informasjon i tillegg.

SAM-instrumentet til kontrollering av innhold

SAM-instrumentet kan brukes til å veilede og kontrollere kvaliteten under utviklingsfasen av skriftlige materialer (Doak et al., 1996). Å ta utgangspunkt i eksisterende veiledere og retningslinjer fungerte godt til å bygge opp tekstinnholdet som ble presentert for ressursgruppene.

Hensikten med SOMAH2 er å gi helsepersonell et verktøy til å kommunisere kompetansen de allerede har på en måte som er mer forståelig for flere ulike grupper, både for de med lavere språkforståelse og for de med lav grad av helsefremmende allmenndannelse. En utfordring under utviklingen av SOMAH2-materialet var at innholdet ikke skulle fremstå som en ren faglig veileder for helsepersonell eller som en brosjyre for mødre. Som beskrevet under i 5.3 kan innholdet ha fremstått som dette for noen i utvalgene. Samtidig ga ikke flertallet tilbakemeldinger på at dette var et problem, og det presenterer ikke en alvorlig mangel ved materialet.

Måten informasjon om amming ble satt opp på i SOMAH2-materialet er svært likt måten informasjon om kosthold og fysisk aktivitet er presentert i Kreftforeningen sitt samtaleverktøy. Siden deres samtaleverktøy ble blitt utviklet av en ekspertgruppe som inkluderte helsesykepleiere kan det argumenteres for at måten innholdet i SOMAH2-materialet er presentert på vil være passende for et samtaleverktøy. Positive tilbakemeldingene på oppsettet med kapitteinndeling og kulepunkter støtter dette.

5.3.1 Kultur- og språksensitivitet i SOMAH2

I dette kapittelet vil det kultur- og språksensitive aspektet ved SOMAH2-materialet bli diskutert, og det vil bli argumentert for valget av kulturell nøytral fremstilling framfor en kulturelt skreddersydd tilpassing av innholdet. Språk- og kultursensitivitet har overlappet hverandre i dette prosjektet, men diskusjonen av disse vil bli gjort i separate underkapitler.

Det er viktig å presisere at både kulturnøytraliteten og språksensitiviteten som ble etterstrebet i SOMAH2-materialet ikke er for at helsepersonell nødvendigvis skal synes veilederen er lettlest eller passe til deres kulturelle bakgrunn. Intensjonen er at helsepersonell blir minnet på og vist hvordan de kan tilpasse språket sitt i møte med mødre fra ulike bakgrunner. Flere av ressurspersonene stilte seg positive til å ha et mindre akademisk språk under revideringene, og i brukerundersøkelsen for SOMAH2 fra 2017 ble det støttet opp om at innholdet burde ha et språk som ville gjøre det lettere å kommunisere med språksvake mødre.

Kultursensitivitet

Fordi det er mange ulike definisjoner på hva som inngår i konseptet kultursensitivitet (Resnicow et al., 2000), og fordi det ikke foreligger et tydelig definert begrep med konsensus, så kan det kontinuerlig argumenteres for og imot SOMAH2-materialet sin grad av kultursensitivitet. Denne problemstillingen blir også tatt opp i diskusjon av egnethetsvurderingen lenger ned i diskusjonskapittelet, da SAM-instrumentet anser skreddersydd kulturell tilpasning som å ha høyere grad av egnethet enn nøytrale fremstillinger. Det er også en generell utfordring å evaluere graden av kultursensitivitet i intervensjoner fordi det mangler et tydelig metodisk rammeverk for slik evaluering (Truong et al., 2014).

«Kulturnøytralt» er ikke et tydelig definert begrep, men i forbindelse med SOMAH2 kan det forklares som at målgruppen er så kulturelt sammensatt at appens innhold ikke kan være tilpasset en spesifikk gruppe. Kulturnøytralitet kan forklares med at man unngår kulturspesifikke fremstillinger for å gjøre budskapet mer mottakelig for en mangfoldig gruppe. Begrepet er altså en mer kortfattet måte å si «kultursensitivt for en mangfoldig og heterogen målgruppe».

SOMAH2 kan omtales som en intervensjon og som beskrevet er det flere metoder man kan benytte for å oppnå en grad av kultursensitivitet. Metoden det ofte refereres til, og som i SAM-metoden ansees som den som vil skape høyest grad av egnethet, er skreddersydd kulturell tilpasning (Doak et al., 1996; Foronda, 2008; Resnicow et al., 1999). Som beskrevet i teorikapittelet vil mange argumentere for at det er skreddersydd kulturell tilpasning som er den best egnede metoden for å utvikle kultursensitive intervensjoner, men dette forutsetter at målgruppen består av en avgrenset kulturell gruppe. I SOMAH2 er målgruppen en kulturelt heterogen gruppe av mødre med ulik sosioøkonomisk bakgrunn, og SOMAH2-materialet kunne derfor ikke bli utviklet med skreddersydd tilpasning. Dersom SOMAH2-materialet hadde blitt utviklet etter kulturelt skreddersydd tilpasning ville dette kunne ha ekskludert grupper innad i den heterogene målgruppen, og heller ført til at kultursensitiviteten ovenfor den tiltenkte målgruppen ble redusert. Dermed kan man argumentere for at det ikke er et vesentlig problem med tanke på kultursensitivitet at SOMAH2 er kulturnøytral.

Et kulturnøytralt samtaleverktøy som SOMAH2 kan ha potensiale for å senere bli videreutviklet som tilpassede samtaleverktøy for spesifikke kulturelle grupper. Å lage

tilpassede versjoner vil også være i tråd med regjeringens nasjonale handlingsplan for bedre kosthold, i tillegg til at dette er noe som kan gjøre med SAM-metoden.

Overflatestrukturer framfor dybdestrukturer

Innholdet i SOMAH2-materialet har siktet på kulturnøytralitet på overflatestrukturer. Dette valget ble tatt primært med tanke på tid og ressurser i masterprosjektet, i tillegg til at innholdet ikke skulle være tilpasset en spesifikk kulturell gruppe. Som beskrevet krever tilpassing på dype strukturer ofte at personer med kulturell tilhørighet til målgruppen er en del av utviklingen og implementeringen av intervensjonen, som ikke var tilgjengelig for dette masterprosjektet

Resnicow et al. (1999) beskriver at kultursensitivitet på overflatestrukturer, som i praksis kan innebære kulturnøytralitet slik det er beskrevet over, vil være effektivt for å øke aksepten av et budskap. Dette er både enklere og mindre krevende enn å tilpasse på dype strukturer. Dersom man senere skreddersyr den ferdige SOMAH2-appen på overflatestrukturer rettet mot spesifikke kulturelle grupper, vil det ifølge Resnicow et al. uansett automatisk oppstå kultursensitivitet på dype strukturer i situasjoner der helsepersonellet har den samme kulturelle bakgrunnen som mødre de gir ammeveiledning til.

Å få økt graden av kultursensitivitet i ammeveiledning kan også oppnås gjennom å øke helsepersonell sin kunnskap om ulike kulturer, og med det skape økt bevissthet om deres egen kultur i relasjon til andre. Foronda (2008) trakk fram denne bevisstgjøringen som et av hovedelementene i kultursensitivitet som begrep. Dette vil gjøre at kultursensiviteten krysser over i kulturell kompetanse, som har blitt trukket fram som positivt for effekten av kultursensitive helseintervensjoner (Resnicow et al., 1999; Resnicow et al., 2000). For SOMAH2 vil dette kunne være aktuelt i senere arbeid.

Fordi dette masterprosjektet har siktet på kultursensitivitet på overflatestrukturer vil det etter Resnicow et al. sine teorier ikke bli oppnådd noen grad av kulturell kompetanse ved bruk av materialet. Framfor kulturell bevissthet har det i stedet blitt siktet på en generell bevisstgjøring om at helsepersonell under veiledningen må søke etter å forstå hvorfor mor gjør som hun gjør.

Fordi innholdet ikke har skulle rettet seg mot bestemte kulturelle grupper var det heller ikke rom for å inkludere seksjoner om spesifikke kulturelle normer og skikker om amming. Først når man begynner å utvikle kulturelt skreddersydde versjoner av det ferdige SOMAH2-

verktøyet kan det være hensiktsmessig å inkludere seksjoner med tips og informasjon om ulike kulturelle normer og skikker om amming. Det er ikke garantert at å forsøke å øke graden av kulturell kompetanse hos helsepersonell kommer til å gi resultater på mødrenes ammepraksis (Truong et al., 2014), men det kan gjøre dem mer bevisste på seg selv i møte med de ulike kulturene som er blant mødre de gir veiledning til.

Språksensitivitet og helsefremmende allmenndannelse

Språkforståelse og grad av HL må sees i sammenheng med sosioøkonomisk status (Fagråd for sosial ulikhet i helse, 2016; Finbråten Sjøberg & Pettersen, 2009; Gabrielsen & Lundetræ, 2014). SOMAH2 skal kunne brukes på mødre med ulik sosioøkonomisk status, både fra minoritets- og majoritetsbefolkningen. Dette betyr at SOMAH2 ikke kan limitere seg til kultursensitivitet alene, men må også innrettes etter de med lav grad av HL. Å ta hensyn til menneskers grad av HL handler om å forbedre folks tilgang på helseinformasjon og deres kapasitet til å bruke den effektivt (Institute of Medicine Committee on Health, 2004; Nutbeam, 1998, 2000). En måte dette kan gjøres på er å ta utgangspunkt i at innholdet i SOMAH2 må være tilpasset etter de som har en funksjonell grad av HL. Å ta hensyn til denne graden av HL er det mest brukte utgangspunktet i HL-intervensjoner (Visscher et al., 2018).

Som beskrevet innebærer det å ha en funksjonell grad av HL at man har grunnleggende skrive- og leseferdigheter, som krever at språket holdes enkelt, uten faguttrykk, sjargong og lange, kompliserte setninger (Doak et al., 1996). Språksensitivitet er et hensyn man tar til svake lesere, der svake lesere har større utfordringer med å tolke et budskap når det blir brukt faguttrykk, avanserte ord, eller at ny informasjon blir presentert i kontekster som er ukjent for mottakeren (Doak et al., 1996). Personer med lav grad av HL har større risiko for å ikke ha effektiv kommunikasjon med helsepersonell (Silk, Horodyski & Rienzo, 2010). Det enkle og direkte språket i SOMAH2 kan bidra til å øke helsepersonell sin bevissthet rundt egen språkbruk, og med dette igjen bidra til mer effektiv kommunikasjon med mødre.

Det enkle språket i SOMAH2-materialet vil også være positivt i forbindelse med bruk av tolk. I enkelte veiledningssituasjoner vil det være nødvendig å bruke tolketjeneste, men bruken av ukvalifiserte tolker i det offentlige er svært utbredt (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2018). Et enkelt og mer allment språk reduserer risikoen for at budskapet blir feiltolket ved bruk av tolk som ikke har helsefaglig bakgrunn.

Det er vist at det er et behov for at skriftlig helsemateriell til mødre lages mer enkle og lettforståelige (Kaufman, Skipper, Small, Terry & McGrew, 2001; Silk et al., 2010). SOMAH2 skal hjelpe helsepersonell til å kommunisere om amming med gravide og ammende med ulik grad av HL og språkforståelse, og etter Gabrielsen & Lundetræ sin anbefaling har derfor innholdet i materialet blitt utformet til å være tilpasset for svake lesere. Språksensitiviteten i SOMAH2 vil i større grad kunne imøtekomme mødre med lav grad av HL, og der igjen potensielt bidra til økt kunnskap om amming blant mødrene.

De fleste studier som er gjennomført på effekten av HL-intervensjoner i Europa omfatter opplæring og kursing av grupper med lav grad av HL, der hensikten med intervensjonene er å øke gruppenes grad av HL (Visscher et al., 2018). Et mål med SOMAH2 som intervensjon er at samtaleverktøyet bidrar til at mødre får økt kunnskap om amming, og kan ta mer informerte avgjørelser og gjennomføre atferd som vil være positivt for seg selv og barnet. SOMAH2 kan potensielt være med på å øke mødres grad av HL for amming.

I USA har det blitt utviklet et tverrfaglig seks-steg-program for mødre fra lavinntektsfamilier for å fremme amming og redusere tidlig introduksjon av fast føde. Dette ble utviklet for å imøtekomme mødrenes lave grad av HL med sikte på å øke både HL og kunnskap om spedbarnsernæring (Silk et al., 2010). Dette programmet hadde også kultur- og språksensitivitet som en del av sin strategi for å øke HL og fremme god spedbarnsernæring.

5.4 REVIDERINGSPROSESSEN

Revideringene av SOMAH2-materialet skulle bidra til kvalitetskontroll av det faglige innholdet og forsøke å inkludere helsepersonell sine erfaringer med ammeveiledning i selve materialet. Møtene med disse ressursgruppene hadde et fritt oppsett med en semi-strukturert intervjuguide, men gjennomføringen ble i hovedsak ledet av rekkefølgen på innhold i SOMAH2-materialet. Gjennomføring av møtene gikk svært bra og ressurspersonene var til stor hjelp under revideringene.

Bruk av ressursgrupper

Bruken av ressursgrupper bestående av helsesykepleiere og jordmødre fungerte godt som kvalitetskontroll på innholdet i SOMAH2-materialet og kan ha bidratt til at innholdet ble godt egnet. I løpet av revideringene kom ressurspersonene med mange innspill det ville ha vært interessant å diskutere nærmere, men som tid og ressurser ikke tillot for.

Ønsket om å inkludere erfaringsbasert kunnskap fra ressurspersonene kunne potensielt bidra til at SOMAH2-materialet vil komme til særlig nytte for nyutdannede, fordi innholdet blir mer «naturtro» til det som faktisk utspiller seg i en veiledningssituasjon. For å få inkludert mer av dette ville det vært en fordel om det hadde blitt tatt i bruk fokusgrupper. Bruk av fokusgrupper er en ofte brukt kvalitativ datainnsamlingsmetode der man skal undersøke holdninger og meninger i den aktuelle gruppen (Thagaard, 2013). Selv om revideringene resulterte i et godt egnet materiale var det mange interessante innspill som ikke ble tatt med videre, og selv om det ble forsøkt å notere ned supplerende innspill så godt som mulig kunne det ha vært en fordel å ta lydopptak fra møtene med ressursgruppene. Revidering er en relativt praktisk prosess som kan være limiterende på hva slags innspill det er mulig å hente inn.

Innspill fra ressursgruppene

Mange av innspillene og revideringene fra ressursgruppene samsvarer med problematikk rundt amming som er avdekket i andre studier og undersøkelser (Grewal, Andersen, Sellen, et al., 2016; Sjetne & Holmboe, 2016; Wandel et al., 2016). Mors opplevelse av for lite melk gikk særlig igjen og det ble brukt mye tid på å få inkludert denne tematikken i SOMAH2-materialet. Å fokusere særlig på å fremme atferd som bidrar til melkeproduksjon kan bidra til at færre mødre feilaktig tror at de har for lite melk til barnet sitt, og med det bidra til å redusere unødig tidlig ammeslutt (Bærug et al., 2017).

Under møtet med den første ressursgruppen ble det ved oppstart brukt mye av den oppsatte tiden på å diskutere den framtidige appen, bruksområder og opplevelse av behov for en slik app. Det var interessante diskusjoner, men temaet hadde allerede blitt dekket i den første brukerundersøkelsen og innspillene fra ressursgruppene vedrørende behov og bruksområder ble derfor ikke notert.

I den første brukerundersøkelsen i SOMAH2 ble det konkludert med at SOMAH2-appen burde fokusere på illustrasjoner og lite bruk av tekst (Anonym, 2017). Flere av innspillene under revideringene viser også til at det kan være hensiktsmessig å fokusere på et samtaleverktøy som baserer seg på illustrasjoner. Det ble gitt uttrykk for at det ville være vanskelig å forholde seg til en veileder med mye tekst i møte med mor, noe som kan underbygge at videre arbeid for SOMAH2 kanskje bør fokusere på utvikling av illustrasjoner som kan brukes aktivt under samtaler. Det kan også være en fordel å inkludere mer interaktive seksjoner for å fremme læring (Doak et al., 1996; Silk et al., 2010).

5.5 EGNETHETSVURDERING

SOMAH2-materialet sin høye SAM-score på 85% kan tyde på at den anvendte metoden, der SAM-instrumentet ble brukt til å veilede skriveprosessen av en tekst basert på innhold fra eksisterende veiledere og retningslinjer, var en velfungerende metode som bør videreføres i SOMAH2-prosjektet. Det bør presiseres at utvalget til egnethetsvurderingen var svært lite (N=5).

Det er nødvendig å presisere at SAM-instrumentet anser kulturell tilpasning som den høyeste standarden for et skriftlig materiale (Doak et al., 1996). Dette betyr at SOMAH2-materialet sin kulturellnøytrale vinkling ikke vil kunne oppnå høyeste grad av egnethet ifølge SAM-metoden. Siden SOMAH2 skal være kulturellnøytralt kommer det derfor til å score middels på kulturell egnethet fordi nøytral presentasjon av kulturelle fremstillinger ikke er ansett som godt egnet, men kun tilstrekkelig av SAM-instrumentet. Når det kommer til utvikling av språksensitiv tekst fungerer SAM-instrumentet godt som en veileder, og SOMAH2 vil enkelt kunne oppnå høy grad av egnethet i disse kategoriene.

Utvalget til egnethetsvurderingen fikk en veileder tilsendt på forhånd. Dersom den avvikende egnethetsvurderingen skyldtes at det var noe i veilederen for egnethetsvurderingen som var for utydelig kunne det ha vært en fordel å ha gjennomført en felles veiledning for respondentene i hvordan SAM-instrumentet skulle brukes. Tiden det kan ha tatt å sette seg inn i veiledningen og å lese igjennom SOMAH2-materialet kan ha ført til at respondentene ikke leste veiledningen eller materialet nøye nok.

Resultater fra egnethetsvurderingen

Under egnethetsvurderingen ble påpekt at mye som står i SOMAH2-materialet vil være elementær informasjon for en helsesykepleier eller jordmor. Helsepersonell skal i utgangspunktet allerede kunne alt det som vil stå i SOMAH2-materialet, men det skal være fremstilt på en måte som hjelper dem å kommunisere det til gravide og ammende. Det er derfor ikke et problem at innholdet blir ansett som elementært. Som foreslått kan det kanskje være en fordel å gjøre innholdet mer interaktivt i videre arbeid.

Fire av fem respondenter evaluerte SOMAH2-materialet svært likt, der én besvarelse skilte seg svært ut. Siden gjennomføringen av egnethetsvurderingen var anonym var det ikke mulighet for å stille oppfølgende spørsmål til den ene av respondentene som evaluerte

annerledes enn resten av utvalget. Siden denne besvarelsen avvirket sterkt fra de andre i både poenggiving og fritekstsvarene er det derfor usikkert om det skyldes at veiledningen til SAM-evalueringen ikke var god nok, eller om SOMAH2-materialet har store mangler.

I fritekstsvarene til person #1 (tabell 5) kan det tydes til at vedkommende ikke var klar over intensjonen med materialet. Respondenten la igjen fritekstsvare som viste til at informasjonen er for elementær for helsesykepleiere og jordmødre, samtidig som at vedkommende mener det er for mye tekst for mor å lese. Siden besvarelsen var anonym var det ingen måte å følge opp om respondenten har tolket materialet som en veileder for helsepersonell eller som et materiale som deles ut til mødre.

Fritekstsvaret til person #1 på spørsmål om «formål» kan illustrere at formålet til et delvis innhold til et samtaleverktøy, som blir presentert som ren tekst, kan være problematisk å vurdere med SAM-instrumentet. Dersom metoden i denne masteren skal brukes i tilsvarende prosjekter for SOMAH2 senere kan det være bedre at dette spørsmålet bør bli fjernet (N/A) frem til egnethetsvurderingen av det fullstendige verktøyet.

5.6 ØVRIGE BETRAKTNINGER

Dersom framtidige delprosjekter for SOMAH2 begynner det metodiske designet fra denne masteren er det flere metodiske vurderingen som kan bli tatt. For å få utnyttet ekspertisen til helsepersonell bør det vurderes å ta i bruk fokusgruppeintervjuer. Ved bruk av fokusgrupper kan man få innsyn i hvordan helsepersonell selv opplever ammeveiledning, hvilke utfordringer de ser og andre refleksjoner de har som ekspertgruppe på området. Dette kan være verdifulle data å ha rundt spesifikke temaer som skal bli tatt opp i SOMAH2-appen. Eventuelt kan det brukes lydopptak under møter med ressurspersoner for å sikre at spontane innspill ikke går tapt.

Det ville vært interessant å gjennomføre en egnethetsvurdering av den originale teksten, og sammenlikne denne SAM-scoren med SAM-scoren til den reviderte versjonen. Dette ble ikke gjort i dette masterprosjektet og man kan derfor ikke vise til om revideringer med ressursgruppene hadde en målbar effekt på kvaliteten.

Under rekrutteringen, revideringen og egnethetsvurderingen ble det brukt mye tid på å forklare hva materialet skulle representere, både muntlig og skriftlig. Det kan ha oppstått noen misforståelser, men ingen av disse ser ut til å ha gått ut over kvaliteten på det som har blitt produsert. Omfattende skriftlig informasjon om prosjektet og materialet kan ha påvirket hvor

mye som ble lest av den og hvordan de rekrutterte oppfattet masterprosjektet og SOMAH2-materialet. Det var derfor positivt at alle møtene åpnet med en gjennomgang av SOMAH2-prosjektet og med muligheten til at ressurspersonene kunne stille spørsmål. Denne muligheten hadde man ikke med respondentene til egnethetsvurderingene, siden disse ikke hadde fysisk oppmøte, og det var først i fritekstsvarene herfra at det kan se ut til at det oppsto misforståelser.

Under både revideringen og i egnethetsvurderingen ble det gitt uttrykk for usikkerhet rundt brukbarheten og funksjonen til verktøyet i en veiledningssituasjon. Fordi mye av det som ble gjort med materialet under revideringsprosessen var å inkludere teori og erfaringsbasert kunnskap kan det ha oppstått en oppfatning om at det var ment som en teoretisk veileder for helsepersonell. Det er vanskelig å ta stilling til utvalgets usikkerheter rundt materialet sin funksjon på dette stadiet for SOMAH2, da man ikke kan vurdere verktøyet i sin helhet.

Selv om det har blitt rapportert et ønske om stor bruk av visuelle hjelpemidler fra helsepersonell kan det likevel argumenteres for at det bør fortsettes å utvikle mer tekstinnhold. Teorigrunnlaget dette utgjør vil være verdifullt for utviklingen av appen. Selv om noe av teksten som blir produsert for SOMAH2 ikke blir inkludert i det endelige verktøyet kan denne likevel brukes til å sette standarder og veilede for utviklingen av illustrasjoner. Budskap i eventuell tekst som blir overflødig for appen kan også bli ivaretatt gjennom illustrasjoner. Teksten kan også legge grunnlaget for utviklingen av tilpassede versjoner av verktøyet.

Fordi det ikke er gjennomført noen undersøkelser for å evaluere nivået av kultursensitivitet under veiledning eller effekten SOMAH2-materialet kan ha på ammepraksis kan det foreløpig ikke sies noe om det faktisk øker aksepten for budskapet under ammeveiledning. Dette bør undersøkes nærmere senere i SOMAH2-prosjektet. En fordel med at SOMAH2-materialet er laget kulturnøytralt er at det vil være enkelt å tilpasse det til spesifikke kulturelle grupper på overflatestrukturer.

6 KONKLUSJON

SOMAH2-materialet som har blitt produsert i dette masterprosjektet oppnådde en høy grad av egnethet (85%). Resultatet av revideringene og egnethetsvurderingen vil kunne brukes til videre arbeid for innhold i SOMAH2-appen.

SAM-metoden var en godt egnet metode til å utvikle innhold for SOMAH2-appen og kan fortsettes å benyttes i videre arbeid for SOMAH2. Muligheten for å tilpasse innhold i eksisterende veiledere og retningslinjer ved bruk av SAM-metoden er fleksibel og tillater stor bredde i teorigrunlaget man kan benytte for SOMAH2.

Å utvikle innholdet med et fokus på kultursensitivitet i overflatestrukturer, gjennom kulturelt nøytrale fremstillinger, var hensiktsmessig og bør videreføres i videre arbeid.

Overflatestrukturer omfatter det som vil være direkte observerbart, slik som i for eksempel bildebruk og eksempler på matvarer. Kulturnøytrale fremstillinger gir det framtidige SOMAH2-verktøyet gode forutsetninger for å imøtekomme en bred gruppe mødre i Norge. Å utvikle innhold med hensyn til svake lesere og de med lav grad av helsefremmende allmenndannelse bør være en sentral del av føringene for tekstutforming for SOMAH2.

Bruken av ressursgrupper til revidering bidro svært trolig til å sikre faglig kvalitet i SOMAH2-materialet. Fordi det ikke ble gjennomført en egnethetsvurdering av det originale materialet før revideringene er det ikke mulig å si noe konkret om revideringene i seg selv økte graden av egnethet.

SOMAH2 sitt tverrprofesjonelle samarbeid bør utnyttes under tekstutvikling, der utvikling av innhold kan effektiviseres ved at både helsesykepleiere og jordmødre er involvert igjennom hele prosessen. Det kan være hensiktsmessig å sette ned en arbeidsgruppe for å utvikle det fullstendige innholdet til appen, slik at man deretter kan gjennomføre revidering og egnethetsvurdering av innholdet i sin helhet.

LITTERATURLISTE

- Ad Hoc Committee on Health Literacy. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *Jama*, 281(6), 552-557.
- Ammehjelpen. (2010). Mor-barn-vennlig initiativ. Hentet 28. november 2017 fra <https://ammehjelpen.no/mor-barn-vennlig-initiativ>
- Amundsen, M. (2015). *Erfaringer med og holdninger til sped- og småbarnsernæring blant somaliske mødre i Norge - En kvalitativ studie*. (Mastergradsavhandling). Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo. Hentet fra <https://oda.hioa.no/en/erfaringer-med-og-holdninger-til-sped-og-smabarnsernaering-blant-somaliske-modre-i-norge-en-kvalitativ-studie>
- Anonym. (2017). *App, kommunikasjon og helsestasjon - En brukerundersøkelse for en app i utviklingsfasen til bruk i kommunikasjon om amming og spedbarnsernæring på helsestasjon for barn – SOMAH2* (Bachelor). OsloMet - Storbyuniversitetet, Kjeller
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*, 21(8), 878-883. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- Balci, S. (2014). Satser på kostholdsapp for innvandrere. Hentet 13. juni 2018 fra <https://forskning.no/mat-og-helse-forebyggende-helse-innvandring/satser-pa-kostholdsapp-for-innvandrere/555276>
- Bernardo, L. H. & Cesa, G. V. (2013). Long-term effects of breastfeeding: A systematic review (s. 1-74). Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
- Bertino, E., Peila, C., Giuliani, F., Martano, C., Cresi, F., Di Nicola, P., . . . Fabris, C. (2012). Metabolism and biological functions of human milk oligosaccharides. *J Biol Regul Homeost Agents*, 26(3 Suppl), 35-38.
- Betancourt, H. & López, S. R. (1993). The study of culture, ethnicity, and race in American psychology. *American Psychologist*, 48(6), 629-637. doi: 10.1037/0003-066X.48.6.629
- Betancourt, J. R. (2003). Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med*, 78(6), 560-569.
- Brach, C. & Fraser, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev*, 57 Suppl 1, 181-217. doi: 10.1177/1077558700057001s09

- Brown, C. R., Dodds, L., Legge, A., Bryanton, J. & Semenic, S. (2014). Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health*, 105(3), e179-185.
- Brown, J. E., Isaacs, J. S., Krinke, U. B., Lechtenberg, E., Murtaugh, M. A., Sharbaugh, C., . . . Wooldridge, N. H. (2014). *Nutrition Through the Life Cycle* (5. utg.). United States of America: Yolanda Cossio.
- Brug, J., Stralen, M. M., ChinApaw, M. J. M., De Bourdeaudhuij, I., Lien, N., Bere, E., . . . te Velde, S. J. (2012). Differences in weight status and energy-balance related behaviours according to ethnic background among adolescents in seven countries in Europe: the ENERGY-project. *Pediatr Obes*, 7(5), 399.
- Busck-Rasmussen, M., Villadsen, S. F., Norsker, F. N., Mortensen, L. & Andersen, A.-M. N. (2014). Breastfeeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study. *Matern Child Health J*, 18(10). doi: 10.1007/s10995-014-1486-z
- Butte, N. F., Lopez-Alarcon, M. G. & Garza, C. (2002). *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42519/1/9241562110.pdf>
- Bærug, A., Laake, P., Løland, B. F., Tylleskär, T., Tufte, E. & Fretheim, A. (2017). Explaining socioeconomic inequalities in exclusive breast feeding in Norway. *Archives of Disease in Childhood*, 102(8), 708. doi: 10.1136/archdischild-2016-312038
- Bærug, A., Sletner, L., Laake, P., Fretheim, A., Løland, B. F., Waage, C. W., . . . Jenum, A. K. (2018). Recent gestational diabetes was associated with mothers stopping predominant breastfeeding earlier in a multi-ethnic population. *Acta Paediatr*(107). doi: 10.1111/apa.14274
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs*, 13(3), 181-184; discussion 200-181. doi: 10.1177/10459602013003003
- Castro, F. G., Barrera, M., Jr. & Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 213-239. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032
- Dahl, E., Bergli, H. & Wel, K. A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og->

[utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Hovedrapport](#)

- Departementene. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)* Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
- Doak, C. C., Doak, L. G. & Root, J. H. (1996). *Teaching patients with low literacy skills* (2. utg.). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Dror, D. K. & Allen, L. H. (2018). Overview of Nutrients in Human Milk. *Advances in Nutrition*, 9(suppl_1), 278S-294S. doi: 10.1093/advances/nmy022
- Fagråd for sosial ulikhet i helse. (2016). Sosial ulikhet i helse. Hentet 13. juni 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/sosial-ulikhet-i-helse>
- Finbråten Sjøberg, H. & Pettersen, K. S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 97(5), 60-63. doi: 10.4220/sykepleiens.2009.0009
- Flacking, R., Nyqvist, K. H. & Ewald, U. (2007). Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *Eur J Public Health*, 17(6), 579-584. doi: 10.1093/eurpub/ckm019
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten - kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Foronda, C. L. (2008). A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 207-212. doi: 10.1177/1043659608317093
- Gabrielsen, E. & Lundetræ, K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *2014; 9: 26-34*(1), 34. doi:10.4220/sykepleienf.2014.0029
- Gibbs, B. G. & Forste, R. (2014). Socioeconomic status, infant feeding practices and early childhood obesity. *Pediatr Obes*, 9(2), 135-146. doi: 10.1111/j.2047-6310.2013.00155.x
- Grewal, N. K., Andersen, L. F., Kolve, C. S., Kverndalen, I. & Torheim, L. E. (2016). Food and Nutrient Intake among 12-Month-Old Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi Infants. *Nutrients*, 8(10), 602. doi: 10.3390/nu8100602
- Grewal, N. K., Andersen, L. F., Sellen, D., Mosdol, A. & Torheim, L. E. (2016). Breast-feeding and complementary feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey. *Public Health Nutr*, 19(4), 703-715. doi: 10.1017/s1368980015001962

- Hanson, L. A., Hahn-Zoric, M., Berndes, M., Ashraf, R., Herias, V., Jalil, F., . . . Mattsby-Baltzer, I. (1994). Breast feeding: overview and breast milk immunology. *Acta Paediatr Jpn*, 36(5), 557-561.
- Hawkins, R. P., Kreuter, M., Resnicow, K., Fishbein, M. & Dijkstra, A. (2008). Understanding tailoring in communicating about health. *Health education research*, 23(3), 454-466. doi: 10.1093/her/cyn004
- Helsedirektoratet. (2005). *Nasjonalt faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen* (IS-1179). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for spedbarnsernæring*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spedbarnsernæring.pdf>
- Helsedirektoratets ekspertgruppe for sosial ulikhet i helse. (2008). *Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1205/Handlingsprinsipper-for-a-takle-sosial-ulikhet-i-helse.pdf>
- Häggkvist, A., Brantsæter, A., Grijbovski, A., Helsing, E., Meltzer, H., & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2076-2086. doi: doi:10.1017/S1368980010001771
- Hörnell, A., Lagström, H., Lande, B. & Thorsdottir, I. (2013). Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food & Nutrition Research*, 57, 10.3402/fnr.v3457i3400.20823. doi: 10.3402/fnr.v57i0.20823
- Institute of Medicine Committee on Health, L. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion* (L. Nielsen-Bohlman, A. M. Panzer & D. A. Kindig (Red.)). doi:10.17226/10883
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2018). *Behovet for tolk i 2017 - Rapport fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og NHO Service og Handel* Hentet fra <https://www.imdi.no/contentassets/9471e477a7494d11826d63cf9af21ac1/behovet-for-tolk-i-2017>
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., . . . Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*(153), 1-186.

- Kaufman, H., Skipper, B., Small, L., Terry, T. & McGrew, M. (2001). Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *South Med J*, 94(3), 293-296.
- Kelishadi, R. & Farajian, S. (2014). The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Advanced Biomedical Research*, 3, 3. doi: 10.4103/2277-9175.124629
- Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P. N. & Barton, L. (2001). A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 918-925. doi: doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01929.x
- Kreftforeningen. (udatert). Gode vaner for god helse – barn, kosthold og fysisk aktivitet. Hentet 26. april 2019 fra <https://kreftforeningen.no/forebygging/forebygging-i-skoler-og-barnehager/samtaleverktoy-om-barn-kosthold-og-fysisk-aktivitet/>
- Kreuter, M. W. & McClure, S. M. (2004). The Role of Culture in Health Communication. *Annu Rev Public Health*, 25(1), 439-455. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123000
- Kristiansen, A. L., Lande, B., Øverby, N. C. & Andersen, L. F. (2010). Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2087-2096. doi: 10.1017/S1368980010002156
- Lande, B. & Helleve, A. (2013). *Amning og spedbarns kosthold – Landsomfattende undersøkelse 2013* (IS-2239). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/amning-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013>
- Larsen, F. I. (2000). Diabetes hos ikke-vestlige innvandrere. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*(120:2804-6).
- Marshall, J. L., Godfrey, M. & Renfrew, M. J. (2007). Being a 'good mother': Managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine*, 65(10), 2147-2159. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.015>
- Moss, B. G. & Yeaton, W. H. (2014). Early Childhood Healthy and Obese Weight Status: Potentially Protective Benefits of Breastfeeding and Delaying Solid Foods. *Matern Child Health J*, 18(5), 1224-1232. doi: 10.1007/s10995-013-1357-z
- Nasjonalt kompetansesenter for amning. (2010). *10 trinn for å bli godkjent som mor-barnvennlig sykehus - Med utvidede kommentarer vedrørende evaluering*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-amning/Documents/10%20trinn%20for%20vellykket%20amning.pdf>

- Neu, J. (2007). Gastrointestinal maturation and implications for infant feeding. *Early Human Development*, 83(12), 767-775. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.09.009>
- Nunez, A. E. (2000). Transforming cultural competence into cross-cultural efficacy in women's health education. *Acad Med*, 75(11), 1071-1080.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
- Nylenna, M. (2018). PasOpp-undersøkelser – nasjonale brukererfaringer. Hentet 13. april 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp>
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G. & Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*, 131(3), e726-e732. doi: 10.1542/peds.2012-1295
- Oslo Universitetssykehus. (udatert). Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA). Hentet 24. april 2019 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kvinneklubben/forskning-og-utvikling-kvinneklubben/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig>
- Pedersen, J. I., Müller, H., Hjartåker, A. & Anderssen, S. A. (2012). *Grunnleggende ernæringslære* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S. & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethn Dis*, 9(1), 10-21.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S. & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 271-290. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I
- Ridley, C. R., Mendoza, D. W., Kanitz, B. E., Angermeier, L. & Zenk, R. (1994). Cultural sensitivity in multicultural counseling: A perceptual schema model. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 125-136. doi: 10.1037/0022-0167.41.2.125
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., . . . Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)

- Sandberg, N. (2015). *Irakiske mødres holdninger til og opplevelser av amming, kostholdet til deres småbarn og møtet med helsestasjonen i Norge*. (Mastergradsavhandling). Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo. Hentet fra https://oda.hioa.no/en/irakiske-modres-holdninger-til-og-opplevelser-av-ammning-kostholdet-til-deres-smabarn-og-motet-med-helsestasjonen-i-norge/asset/dspace:8215/Sandberg_mame2015.pdf
- Schyve, P. M. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. , 22 Suppl 2(Suppl 2), 360-1. . *J Gen Intern Med*. doi: 10.1007/s11606-007-0365-3
- Silk, K. J., Horodynski, M. A. & Rienzo, M. (2010). Strategies to Increase Health Literacy in The Infant Feeding Series (TIFS): A Six-Lesson Curriculum for Low-Income Mothers. *Health Promot Pract*, 11(2), 226–234.
- Singleton, K. & M S Krause, E. (2009). *Understanding cultural & linguistic barriers to health literacy* (Bind 58).
- Sjetne, I. S. & Holmboe, O. (2016). *Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2016 Nasjonale resultater* (2017: 519): Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/pasop-fodsel-og-barsel/bruker erfaringer-med-fodsels--og-barselomsorgen-i-2016.-nasjonale-resultater.pdf>
- Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W. & Edmond, K. M. (2017). Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(7), e0180722. doi: 10.1371/journal.pone.0180722
- Statistisk sentralbyrå. (2019). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Hentet 12. april 2019 fra <https://www.ssb.no/innvbf>
- Steinman, L., Doescher, M., Keppel, G. A., Pak-Gorstein, S., Elinor Graham, Haq, A., . . . Spicer, P. (2010). Understanding infant feeding beliefs, practices and preferred nutrition education and health provider approaches: an exploratory study with Somali mothers in the USA. *Matern Child Nutr*, 6(1), 67-88. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00185.x
- Straiton, M. L., Blystad, H. H. & Reneflot, A. (2018). *Folkehelse rapporten: Helse i innvandrerbefolkningen*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
- Strand, B. H. (2018). *Folkehelse rapporten: Sosiale helseforskjeller i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

- Størdal, K., Lund-Blix, N. A. & Stene, L. C. (2018). Helseeffekter av amming. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*(9). doi: 10.4045/tidsskr.18.0035
- Surland-Hansen, L. (2011). *Ammeproblemer hos førstegangsfødende* (Master). Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18147/MasterPsyk.pdf?sequence=2>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagforlaget.
- Theurich, M. A., Davanzo, R., Busck-Rasmussen, M., Díaz-Gómez, N. M., Brennan, C., Kylberg, E., . . . Koletzko, B. (2019). Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(3), 400-407. doi: 10.1097/mpg.0000000000002234
- Thulier, D. & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 38(3), 259-268. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01021.x
- Truong, M., Paradies, Y. & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14, 99-99. doi: 10.1186/1472-6963-14-99
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., . . . Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Visscher, B. B., Steunenberg, B., Heijmans, M., Hofstede, J. M., Devillé, W., van der Heide, I. & Rademakers, J. (2018). Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*, 18(1), 1414-1414. doi: 10.1186/s12889-018-6331-7
- Vrålstad, S., Wiggen, K. S., Blom, S., Egge-Hoveid, K., Enes, A. W., Hamre, K., . . . Østby, L. (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (978-82-537-9539-3). Oslo - Kongsvinger. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/309211?ts=160ea9e4890>
- Wandel, M., Terragni, L., Nguyen, C., Lyngstad, J., Amundsen, M. & de Paoli, M. (2016). Breastfeeding among Somali mothers living in Norway: Attitudes, practices and challenges. *Women and Birth*, 29(6), 487-493. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.006>

- World Health Organization. (2001). *Global strategy for infant and young child feeding: The optimal duration of exclusive breastfeeding*. Hentet fra http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf?ua=1&ua=1
- World Health Organization. (2009). *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148970/>
- World Health Organization. (2019). *The World Health Organization's infant feeding recommendation*. Hentet 10. april 2019 fra https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/
- World Health Organization & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf;jsessionid=6500CE0488F8169BD6655D16F8A9A31D?sequence=1>
- World Health Organization & UNICEF. (2009). *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. Hentet fra http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01/en/
- Øverby, N. C., Kristiansen, A. L. & Andersen, L. F. (2008). *Spedkost – 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn. Spedkost 2006-2007*. (IS-1535). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/706/Spedkost-6-maneder-landsomfattende-kostholdundersokelse-2007-IS-1535.pdf>
- Øverby, N. C., Kristiansen, A. L. & Andersen, L. F. (2009). *Spedkost - 12 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 måneder gamle barn. Spedkost 2006-2007*. (IS-1635). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/704/Spedkost-12-maneder-landsomfattende-kostholdundersokelse-2007-IS-1635.pdf>

VEDLEGG

VEDLEGG 1: INVITASJON TIL DELTAKELSE I RESSURSGRUPPER

Hei,

Jeg sender med dette invitasjon til helsesøstre og jordmødre men tilknytning til helsestasjon for deltakelse i mitt masterprosjekt i Samfunnsnærings. Følgende er informasjon om prosjektet, hva det innebærer å delta og kontaktinformasjon. Asker Sentrum Helsestasjon er særlig interessant på grunn av deres deltakelse i InnBaKost-studien. Vi håper dette kan være av interesse.

Forespørsel til helsesøstre/jordmødre om å delta i en ressursgruppe for å utvikle et kultursensitivt kommunikasjonsmiddel om amming til bruk på Helsestasjon

Forskere og en mastergradsstudent tilknyttet Høgskolen i Oslo og Akershus har satt i gang et arbeid for å utvikle en app som skal fungere som kommunikasjonsverktøy mellom helsepersonell og mor under ammeveiledning. Appen fokuserer på å være kultur- og språklig sensitiv. Prosjektet heter Samtaler om mat på helsestasjon-2 (SOMAH2). I det første SOMAH-prosjektet ble det utviklet en app for å samtale om kosthold og ernæring til gravide og barn 0-2 år. I SOMAH2 skal vi fokusere på amming. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for amming ved Oslo Universitetssykehus.

Vi henvender oss med dette til dere fordi vi ønsker å opprette en referansegruppe fra en barselavdeling for innspill til appens innhold. I denne første delen av prosjektet vil Vilde Henningsgård, masterstudent i Samfunnsnærings, gjennomføre et masterprosjekt som består i å bidra til utarbeidelsen av et språklig- og kultursensitivt innhold til denne appen. Dette delprosjektet dekker ammeveiledningen i svangerskapet og første veiledning etter fødsel.

Referansegruppens rolle

Det vi ønsker bidrag til fra referansegruppen, er å vurdere et tekstdokument som vil beskrive det foreløpige innholdet i appen for disse to veiledningssituasjonene (svangerskap og rett etter fødsel). Tekstdokumentet blir sendt av masterstudenten per mail til de som er interessert i forkant av samtale med referansegruppen/møter med ressurspersoner. Vi ønsker vurdering av både språk og innhold. Under samtalen vil vi gjerne høre referansegruppens vurderinger, basert på erfaringene de har med ammeveiledning. Vi håper at referansegruppen fra dere kan bestå av minst to personer, men gjerne flere. Dersom noen som ønsker å delta ikke kan møte i gruppe, kan det avtales egen møtetid. Se «hva skjer videre» nederst i mailen.

Hvorfor helsesøstre og jordmødre?

Vi ønsker en referansegruppe fra dere på grunn av helsesøstre- og jordmødres viktige rolle i ammeveiledning på helsestasjon i tiden etter fødsel. Det ferdige kommunikasjonsmiddelet er ment til bruk av både helsesøstre og jordmødre, og deres erfaringer og innspill rundt ammeveiledning er dermed vesentlig. De har også unik erfaring og kunnskap i hva som er typiske misforståelser og viktige problemstillinger under ammeveiledningen, alt fra språkbarrierer til mødrenes tanker og holdninger til det de blir fortalt. Derfor er det viktig å få innblikk i hva som fungerer godt og mindre godt i den første veiledningen etter at mor har reist hjem fra barsel. Dette inkluderer om det er

informasjon som burde blitt gitt tidligere i svangerskapet og rett etter fødsel, hva som kan bidra til at mor opplever å mestre ammingen tidlig, og om det er råd som blir gitt, men ikke etterlevd.

Bakgrunn for SOMAH2

Forskningsprosjektet «Kosthold og ernæring blant barn med innvandringsbakgrunn» (InnBaKost), gjennomført av HiOA og FAFO, undersøkte ammepraksis blant mødre innvandret fra Somalia og Irak. Resultatene viste at innvandrerødrene fullammer i mindre grad enn mødre født i Norge. Både vann og morsmelkserstatning er vanlig å gi allerede fra barnets første levemåned (<http://www.hioa.no/Aktuelle-saker/Mange-innvandrerkvinner-fullammer-ikke-lenge-nok>).

I SOMAH-prosjektet (<http://www.hioa.no/Aktuelle-saker-fra-2014/Satser-paa-kostholdsapp-for-innvandrerkvinner>) ble det utviklet en kultursensitiv app for å samtale om kosthold med brukere med innvandrerbakgrunn.

Hva skjer videre

Vi stiller mer enn gjerne opp for et informasjonsmøte hvor vi kan gå mer i detalj på hva prosjektet innebærer før du/dere eventuelt sier ja til å delta med en referansegruppe. De som har mottatt informasjon i person har samtidig mottatt materialet og kan sende oppklarende spørsmål og avtale møtetid for å gi innspill på dette per mail (mailadresse oppgitt under).

Dersom du/dere har kolleger dere mener ville vært interessert i å delta ønsker vi at dere sender kontaktinfo på disse. De vil motta materiale og info til forberedelse per mail.

Selve møtet med referansegrupper/enkelt personer avtales mellom studenten og deltakere. Møtene vil i utgangspunktet vare i 45 minutter, eventuelt lenger dersom det er mange innspill, og kan avholdes på deltakernes arbeidsplass. Ved oppmøte vil deltakere få samtykkeskjema til signering. Deltakelse er anonymt og det vil ikke bli tatt lydopptak. Møtene vil bli avholdt i uke 1 og 2.

Kontaktinformasjon

Vilde Henningsgård e-post: s195211@hioa.no / vilhenn@gmail.com tlf: +47 951 68 123

Vi håper på et positivt svar!

Med vennlig hilsen

Liv Elin Torheim
Professor i
Samfunns ernæring
Prosjektleder

Navnit Kaur Grewal
Førsteamanuensis,
Samfunns ernæring
Prosjektmedarbeider

Anne Marie Lilleengen
Høgskolelektor,
Jordmor
Prosjektmedarbeider

Vilde Henningsgård
Masterstudent i
Samfunns ernæring



VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Samtaler om mat for helsestasjon – 2»

Bakgrunn og formål

Forskere og en mastergradsstudent tilknyttet Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har satt i gang et arbeid for å utvikle en app som skal fungere som kommunikasjonsverktøy mellom helsepersonell og mor under ammeveiledning. Appen fokuserer på å være kultur- og språklig sensitiv. Prosjektet heter Samtaler om mat på helsestasjon-2 (SOMAH2) og gjennomføres i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for amming ved Oslo Universitetssykehus. Forespørselen angår deltakelse i delprosjektet under SOMAH2 som utgjør et masterprosjekt i Samfunnsnærings ved HiOA.

Ressursgrupper og -personer er satt sammen/valgt ut basert på appens målgruppe og hensikt. Målgruppen er jordmødre og helsesøstre som gir ammeveiledning.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse innebærer å delta på møte med masterstudenten og veileder, enten i én-til-én-setting eller i gruppe. Her skal deltakere gi innspill på materialet de har mottatt i forkant av møtet. Det er lagt ved forberedende spørsmål til deltakere i materialet. Disse spørsmålene vil brukes på møtene. Det vil ikke bli tatt lydopptak, men skriftlige notater.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjon som gis gjennom intervjuene vil ikke koples opp mot verken intervjuobjektene eller helsestasjonen/sykehuset. Med andre ord vil all informasjon som fremkommer gjennom intervjuene være anonyme både i analysen og i masteroppgaven og eventuelle andre publikasjoner.

Databehandling skal kun gjennomføres av masterstudenten og eventuelt den forskeren som er tilstede på møtene.

All informasjon om deltakere er kun tilgjengelig for masterstudenten og de tre forskerne ved HiOA. Informasjon om deltakere oppbevares kun for å eventuelt kunne kontakte disse for oppfølgingsspørsmål/studier og vil oppbevares i et låst skap.

Masterprosjektet skal etter planen avsluttes den 15. mai 2018.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Masterprosjektet er ikke meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS; det er ikke påkrevd fordi studien ikke samler inn personidentifiserende data.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato

VEDLEGG 3: SEMISTRUKTURERT INTERVJUGUIDE

Tema	Spørsmål
Språk og formuleringer	14. Har dere egne erfaringer om mindre gode formuleringer som bør unngås? 15. Har dere erfaringen med måter å forklare på som fungerer godt? 16. Er det måter å ta opp, eller snakke om temaer på som dere anbefaler å bruke?
Presenterte temaer	17. Synes dere temaene er presentert på en hensiktsmessig måte? 18. Er det temaer dere savner/mener bør være inkludert i appen? 19. Når i ammetidsforløpet bør temaene bli tatt opp? 20. Er det temaer som bør prioriteres foran andre? I så fall – hvilke?
Erfaringer fra helsepersonell	21. Er det noen typiske misforståelser som kan unngås? 22. Er det misforståelser det er vanskelig å unngå? 23. Er det særlige temaer mødre ser ut til å synes er vanskelige? 24. Er det holdninger eller oppfatninger som det bør fokuseres mer på? 25. Er det temaer eller problemstillinger dere har gode løsninger til? 26. Er det temaer eller problemstillinger dere ønsker dere kunne fått hjelp til?

VEDLEGG 4: NOTATSKJEMA TIL REVIDERINGSMØTER

Tema	Spørsmål	Kommentarer	Forslag
Språk og formuleringer	1. Har dere egne erfaringer om mindre gode formuleringer som bør unngås?	1	
	2. Har dere erfaringen med måter å forklare på som fungerer godt?	2	
	3. Er det måter å ta opp, eller snakke om temaer på som dere	3	
Presenterte temaer	4. Synes dere temaene er presentert på en hensiktsmessig måte?	4	
	5. Er det temaer dere savner/mener bør være inkludert i appen?	5	
	6. Når i ammetidsforløpet bør temaene bli tatt opp?	6	
	7. Er det temaer som bør prioriteres foran andre? I så fall – hvilke?	7	
Erfaringer fra helsepersonell	8. Er det noen typiske misforståelser som kan unngås?	8	
	9. Er det misforståelser det er vanskelig å unngå?	9	

	10. Er det særlige temaer mødre ser ut til å synes er vanskelige?	10	
	11. Er det holdninger eller oppfatninger som det bør fokuseres mer på?	11	
	12. Er det temaer eller problemstillinger dere har gode løsninger til?	12	
	13. Er det temaer eller problemstillinger dere ønsker dere kunne fått hjelp til?	13	
	Evt. spørsmål	Kommentarer	Forslag
Forberedelse til amming			
Om morsmelk			
Kortidseffekter			
Langtidseffekter			
MME, annen mat			
Hvordan få en god start			
Hva kan du forvente?			
Ammestilling			
Vanlige ammeproblemer			
Om barnet og amming			
Urolig eller for rolig?			
Fullamming			
Viktig at mor og barn er sammen			
Hvordan lage nok melk			
Hvis du føler du har for lite melk			
Unngå flaske			
Sosiale forhold			
Forberedelse og motivering			
Å komme i gang			
Oppfatninger og formeninger			

VEDLEGG 5: INNSPILLNOTATER FRA GRUPPE 1

Tema	Innspill
Forberedelse til amming	Viktig å forberede på hvor krevende det er – ikke for å skremme, men slik at mor ikke blir helt overveldet
Vanlige ammeproblemer	<ul style="list-style-type: none">- Ammende skal ikke pirke på brystknoppene med fingrene sine. Underkommunisert, for dette reduserer infeksjonsfare. Infeksjon fører til ammeslutt for mange.- Viktig å formidle at håndmelking og håndpumping er bra der barnet ikke får til å ta brystet. Det er ingen skam i å ikke få til ammingen.- Mødre som opplever sterkt press fra fødselen av på barsel – viktig med en myk og forståelsesfull innledende samtale. Mor bestemmer, men kan få råd og kunnskap.- Nesten alle man er på hjemmebesøk hos ammer eller gir morsmelk. Likevel har mange sluttet eller gir MME. Trenger å undersøke hvorfor dette skjer.
Hvis du føler du har for lite melk	<ul style="list-style-type: none">- Hvordan oppdage om mor virkelig har for lite melk – ser det på vektkurven og spørsmål om hvor mange våte bleier det er, ammefrekvensen, opplevelsen av ammingen etc.
Sosiale forhold	<ul style="list-style-type: none">- Flere nå er oppvokst på 70-80-tallet. Mange har feiloppfatninger om at morsmelk er like bra.- Barn som føres til å bli for store, utfordrende tema. Viktig å vinkle det mot fordelene av bare brystmelk der det er mulig.- Obs på mødre som ikke vet hva de skal spørre om ofte er de som ikke kan snakke norsk. Særlig viktig å informere om ressurser.- De som ikke snakker norsk er outliers – ikke helt aktuelle å inkludere i min master.
Oppfatninger og formeninger	<ul style="list-style-type: none">- Vanskelig å ta tak i press hjemmefra – en måte å ta tak i det er å vise at dersom de gjør som anbefalt har det positiv effekt.- Viktig å trekke fram de positive effektene av amming, selv om melken er på flaske, uten å fremstille det som at å ikke amme er direkte negativt.- Få med viktigheten av at man ikke skal presse seg når det ikke fungerer.

VEDLEGG 6: INNSPILLNOTATER FRA GRUPPE 2

Tema	Innspill
Erfaringer fra helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> - NB likte egentlig at det ble brukt mindre faglige ord, slik det var i det opprinnelige utkastet. Det er mer viktig at det passer brukeren, og ikke hva helsepers er vant med. - Redusere akademia. - Få med på 2.1.1. at det er viktig å si til mor at hun må søke informasjon om å spørre. - Spørsmål om dette er matnyttig for helsesøstre/jordmødre. Mye informasjon som helle burde være direkte tilgjengelig for foreldrene. Det første SOMAH-verktøyet var veldig bra – SOMAH2 bør være basert på illustrasjoner. Appen må ha stort fokus på det visuelle og bør prioritere illustrasjoner og bilder. Illustrasjonene gjør appen til et verktøy for helsepersonell. - Når man skal reise – nevne amming sin fordel under reise, forebygging av sykdom. - Melkeallergi – kumelk kan påvirke melken – heller kutte melken i stedet for morsmelken. Noen kutter morsmelk i stedet for å droppe kumelk. - Kolikk – må ha med tips om hvordan man kan løse dette. 30 % har vondt i magen av kumelkproteiner. Feiloppfatning om at det er morsmelken som skaper problemet. - Anbefal videoene til ammehjelpen i tillegg til «Bryst er best».
	Kommentarer
Om morsmelk	Fokuser på hygiene, trenger ikke ren flaske.
MME, annen mat	<ul style="list-style-type: none"> • «Morsmelk først, så MME». <p>Skriv om til et motiverende punkt.</p>
Ammestilling	Positivt språk og vinkling

VEDLEGG 7: INNSPILLNOTATER FRA GRUPPE 3

Tema	Innspill
Presenterte temaer	<p>4 Viktig å presisere hvilke og hvem sine anbefalinger vi bruker.</p> <p>5 - Økedager må forklares – barnet vokser og trenger mer mat. Med jevne mellomrom har de økedager der de dier oftere (ref. hvis man tror man har lite melk), barnet må legges oftere til bryst for å regulere produksjonen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sugeteknikk og såre brystvorter: blir man sår tidlig kan det føre til at mor gir opp. Fordype viktigheten av barnet til brystet ikke brystet til barnet. Ha mer forklaring på liggestilling og konsekvenser. - Barseltårer – særlig for sårbare kvinner som er alene. Følelsen av depresjon på barsel. Få fram at man er full av hormoner og emosjoner eller fødsel. Ideen om den lykkelige mor etter fødsel er oppskrytt. Søvnmangel.
Erfaringer fra helsepersonell	<p>8</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prater forbi hverandre om «fullamming». Dette er ikke et allment begrep og bør ikke brukes under veiledning. - Mange flere flerkulturelle enn norske mødre som faktisk fullammer til 6mnd. - Faktaopplysninger virker preventivt. <p>11 – Viktig å få fram viktigheten av å ikke gi vann eller tilleggs kost for tidlig.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Må tørre å spørre om hva som er vanlig praksis der man kommer fra, for å oppdage spesifikke saker man må oppklare i. - Problematikk bak å få barna til å bli store. - Så lenge barnet vokset etter vekstkurven er det ikke noe behov for å gi ekstra. - Så lenge barnet trives gjør ikke helsesøster noen inngrep.
	Kommentarer
Om morsmelk	Ha med definisjon av fullamming i materialet.
MME, annen mat	Viktig å få fram at man ammer så mye man kan selv om man gir morsmelk.

VEDLEGG 8: FULLSTENDIG OVERSIKT OVER INKLUDERTE OG EKSKLUDERTE TEMAER I SAM-EVALUERING FOR SOMAH2

Kriterium (fra originalt SAM-instrument)	Inkludert/ekskludert	Årsak for ekskludering
Purpose	Inkludert	
Content Topics	Inkludert	
Summary & Review	Ekskludert	Materialet har ikke sammendrag.
Reading Grade Level	Ekskludert	Teksten skal ikke leses av mødrene selv.
Writing Style	Inkludert	
Sentence Construction	Inkludert	
Vocabulary	Inkludert	
Learning Enhanced by Advance Organizers (Road Signs)	Inkludert	
Cover Graphic	Ekskludert	Materialet har ikke illustrasjoner.
Type of Illustrations	Ekskludert	Materialet har ikke illustrasjoner.
Relevance of Illustrations	Ekskludert	Materialet har ikke illustrasjoner.
Graphics	Ekskludert	Materialet har ikke illustrasjoner.
Captions are used to “announce” or explain graphics	Ekskludert	Materialet har ikke illustrasjoner.
Typography	Ekskludert	Aktuelt for den ferdige appen.
Layout	Ekskludert	Aktuelt for den ferdige appen.
Subheadings and “chunking”	Ekskludert	Aktuelt for den ferdige appen.
Interaction included in text and /or graphics	Ekskludert	Teksten skal ikke leses av mødrene selv.
Desired behavior patterns are modeled or shown in specific terms	Inkludert	
Motivation	Inkludert	
Cultural Match — Logic, Language, Experience (LLE)	Inkludert	

Cultural Image and Examples	Inkludert	
Suitable for your population?	Ekskludert	Gjelder ved skreddersydd kulturell tilpasning.

VEDLEGG 9: TILPASSET SAM-INSTRUMENT FOR SOMAH2

Originalt SAM-instrument finnes på <http://aspiruslibrary.org/literacy/sam.pdf>

Innhold	
Formål: Det er viktig at helsepersonell lett kan forstå formålet til materialet. Hvis de ikke tydelig forstår formålet kan de gå glipp av mange poenger.	
	Svært godt - Formål er eksplisitt nevnt i tittel, forsideillustrasjon eller introduksjon.
	Tilstrekkelig - Formål er ikke eksplisitt. Det er implisitt, eller flere formål blir presentert.
	Ikke egnet - Ingen formål er presentert i tittel, illustrasjon eller introduksjon.
Kommentar:	

Innholdsemner: SOMAH2-materialets teoretiske innhold retter seg mot mødre som skal veiledes om amming. Voksne ønsker vanligvis å løse sine øyeblikkelige helseproblemer, fremfor å bare få medisinske fakta. Innhold som er mest nyttig og interessant for mottakeren er informasjon om atferd som hjelper den å løse problemer.	
	Svært godt - Det aller meste av innholdet fokuserer på kunnskap rettet mot ønsket atferd.
	Tilstrekkelig - Minst 40% (nesten halvparten) av innholdet fokuserer på ønsket atferd.
	Ikke egnet - Omtrent alle temaene fokuserer på ikke-atferdsorienterte fakta.
Kommentar:	

Krav til leseferdighet
SOMAH2 sitt innhold skal være tilpasset flest mulig mødre, med ulike bakgrunner. Leseferdighet reflekterer blant annet hvor godt personer vil forstå et budskap, både muntlig og skriftlig. Denne kategorien handler først og fremst om språket i materialet vil være enkelt nok til at flest mulig ulike mødre enkelt skal forstå det. Skrivestilen i materialet skal reflektere en hverdagslig talemåte mellom helsepersonell og kvinnene som veiledes. Husk at teksten ikke «snakker» til helsepersonellet, men til den som får veiledning.
Skrivestil: Samtalestil og aktiv stemme er enkelt å forstå. Passiv stemme, innpakket informasjon, og lange eller flere setninger sinker mottakeren og reduserer forståelsen

<i>(eksempel: "Ta vitaminene dine hver dag" er enklere å forstå enn «pasienter rådes til å innta vitaminer daglig»).</i>	
	Svært godt - 1) Samtalestil og aktiv stemme er brukt gjennomgående. 2) Enkle setninger er mye brukt.
	Tilstrekkelig - 1) Omtrent halvparten av teksten bruker samtalestil og aktiv stemme. 2) Mindre enn halvparten av setningene er komplekse og lange.
	Ikke egnet - 1) Gjennomgående passiv stemme. 2) Mer enn halvparten av setningene er lange eller inneholder mange fraser.
Kommentar:	

Setningsoppbygging: Konteksten blir gitt før ny informasjon. Mottakere lærer ny informasjon/atferd raskere når vi får vite konteksten først (<i>eksempel: For å lindre smerte (kontekst), legg noe varmt over det ømme området (ny informasjon).</i>)	
	Svært godt - Gir konsekvent kontekst før ny informasjon blir presentert.
	Tilstrekkelig - Gir kontekst i omtrent halvparten av teksten.
	Ikke egnet - Kontekst blir ikke gitt først, eller i det hele tatt.
Kommentar:	

Ordforråd: Det blir brukt vanlige, eksplisitte ord (<i>eksempel: «tilfelle» i stedet for «kasus»</i>). Det er få eller ingen generelle begrep, slik som kategorier (<i>eksempel: «melk» i stedet for «meieriprodukter»</i>) eller verdiladede ord (<i>eksempel: «smerte som ikke går over etter fem minutter» i stedet for «overdreven smerte»</i>). Billedlige ord brukes fordi disse ordene hjelper mottakere å "se" (<i>eksempel: «rennende nese» i stedet for «overflødig slim»</i>). Man unngår bruk av sjargong (spesielle uttrykksmåter mellom personer i fagfelt eller grupper, som personer utenfor kan ha vansker med å forstå).	
	Svært godt - Alle tre faktorer: 1) vanlige ord brukes hele tiden. 2) Tekniske Konsept-, Kategoriske-, og Verdiladede ord (KKV) blir forklart. 3) Passende billedlige ord brukes.

	Tilstrekkelig - Alle tre faktorer: 1) Vanlige ord brukes ofte. 2) Tekniske KKV-ord blir forklart noen ganger. 3) Det blir brukt litt sjargong.
	Ikke egnet - To eller flere faktorer: 1) Uvanlige- eller fremmedord blir ofte brukt framfor vanlige ord. 2) Det blir ikke gitt forklaringer eller eksempler til tekniske KKV-ord. 3) Stor bruk av fagsjargong.
Kommentar:	

Forsterket læring ved bruk av forberedende tekst (veiskilt): Overskrifter eller uthevet tekst gir brukeren et raskt bilde av hva som kommer. Disse “veiskiltene” får teksten til å virke mer overkommelig og forbereder brukeren tankeprosess for hva den forventer å lese.	
	Svært godt - Nesten alle temaer har et forberedende utsagn (overskrift) som forteller hva som står i teksten under.
	Tilstrekkelig - Omtrent halvparten av teksten har forberedende utsagn.
	Ikke egnet - Få eller ingen forberedende utsagn blir brukt.
Kommentar:	

Stimulering til læring og Motivasjon	
Ønskede handlingsmønstre er vist med spesifikke begrep: Mottakere lærer ofte lettere når spesifikke, gjenkjennelige eksempler blir brukt istedenfor abstrakte eller generelle konsepter.	
	Svært godt - Instruksjoner viser til spesifikk atferd og ferdigheter. Eksempel: i informasjon om ernæring fokuseres det på å atferd som å endre kosthold, mathandling og matlaging.
	Tilstrekkelig – Informasjonen er en blanding av tekniske og vanlige ord som mottakeren kan ha vansker med å tolke (<i>eksempel: «mat med høyt sukkerinnhold og lavt næringsinnhold» i stedet for «mat som gir lite drivstoff»</i>).
	Ikke egnet - Informasjon blir presentert i ikke-spesifikke kategorier, eller i kategorier, som for eksempel i matvaregrupper.

Kommentar:

Motivasjon: Mottakere er motiverte til å lære når de tror at oppgaver og atferd er gjennomførbare.	
	Svært godt - Sammensatte temaer er oppdelt slik at mottakeren kan oppleve små mestringer i å forstå temaet, eller løse problemer, som gir følelse av mestringsevne.
	Tilstrekkelig - Noen temaer er oppdelt for å øke mottakerens selvtillit.
	Ikke egnet - Det er ikke gjort noen oppdeling av temaer.
Kommentar:	

Kulturell egnethet	
Kultursensitivitet – Logikk, Språk, Erfaring (LSE): Et godt mål på den kulturelle egnetheten til et materiale er hvor godt dets logikk, språk og erfaringer (LSE) stemmer overens med mottakerne sin LSE. Hensikten med SOMAH2 er at det skal kunne brukes i veiledning med mødre fra mange ulike bakgrunner, og må derfor være kulturnøytralt (som er en form for kultursensitivitet) (<i>eksempel: Råd om spesifikke matvarer i kostholdet har lav kultursensitivitet dersom matvarene det blir gitt råd om er tabu, ikke spises, eller ikke er tilgjengelig i nærområdet til den gruppen rådene er rettet mot</i>).	
	Svært godt - Sentrale deler av materialet ser ut til å stemme med LSE til den målgruppen som skal motta informasjonen.
	Tilstrekkelig - Omtrent halvparten av de sentrale delene i materialet passer til målgruppens LSE.
	Ikke egnet - Materialet passer åpenbart ikke til målgruppens LSE.
Kommentar:	

Kulturelle bilder og eksempler: (Til orientering; denne SAM-kategorien er utarbeidet med tanke på å vurdere materialeer for spesifikke kulturelle grupper. SOMAH2 sikter til å passe flest mulig og å være kulturnøytral, som etter SAM ikke er en gullstandard for opplysningsmateriale.) For at en instruksjon skal bli akseptert av mottakeren må instruksjonen

presentere en fremstilling av kulturen på en realistisk og positiv måte. Dette gjelder også for eksempler.	
	Svært godt – Bilder og eksempler fremstiller kultur på positive måter.
	Tilstrekkelig – Nøytral presentasjon av kulturelle fremstillinger.
	Ikke egnet - Negative fremstillinger, slik som overdrivelser eller karikaturer av kulturelle karakteristikk, handlinger eller eksempler.
Kommentar:	

VEDLEGG 10: INVITASJONSSKRIV FOR DELTAKELSE I EGNETHETSVURDERINGEN

Hei,

Du mottar denne mailen fordi du deltok som ressursperson i mitt masterprosjekt vinteren 2018. Masterprosjektet er en del av SOMAH2-prosjektet ved OsloMet – storbyuniversitetet (tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus).

I prosjektet ga du kunnskaps- og erfaringsbaserte tilbakemeldinger på et kommunikasjonsmateriale som kan brukes i ammeveiledning. Disse tilbakemeldingene har blitt innarbeidet i materialet. Som en del av masterprosjektet skal det reviderte materialet nå kvalitetssikres.

Kvalitetssikringen vil bli gjort med et elektronisk spørreskjema. Hele undersøkelsen vil ta ca. 20 minutter å gjennomføre (inkludert gjennomlesing av det reviderte materialet). Besvarelsen er anonym og datainnsamlingen er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Vi håper du er interessert i å fortsette å bidra til at kommunikasjonsverktøyet SOMAH2 blir best mulig. Dersom du er interessert i å delta på denne spørreundersøkelsen kan du svare på denne mailen. I svaret ber vi om at du bekrefter e-postadressen du ønsker å få tilsendt link til undersøkelsen på.

Med vennlig hilsen

Vilde Henningsgård, OsloMet

VEDLEGG 11: OPPFØLGING AV DELTAKERE TIL EGNETHETSVURDERING

Hei,

Tusen takk for at du ønsker å delta i spørreundersøkelsen for SOMAH2.

Vedlagt i denne mailen ligger kommunikasjonsmaterialet (pdf-fil) og en beskrivelse av prosjektet og hvordan du gjennomfører evalueringen (Word-fil). Dette står også nederst i denne mailen. Dersom du deltok i fokusgruppe er beskrivelsen av SOMAH2-prosjektet repeterende og du kan hoppe rett til «Evaluering av kommunikasjonsmaterialet».

Spørreskjemaet er laget med Universitetet i Oslo sin nettskjematjeneste og besvarelsen er anonym. Link til denne vil komme i en separat mail. Vennligst gi tilbakemelding dersom du ikke mottar denne i løpet av morgendagen.

Om SOMAH2 og tilhørende masterprosjekt i samfunnsnærings ved OsloMet - Storbyuniversitetet

Forskere og en mastergradsstudent tilknyttet OsloMet – Storbyuniversitetet (tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus) har satt i gang et arbeid for å utvikle en app som skal fungere som kommunikasjonsverktøy mellom helsepersonell og mor under ammeveiledning. Dette kommunikasjonsverktøyet skal være kultur- og språksensitivt. Prosjektet heter Samtaler om mat på helsestasjon-2 (SOMAH2). I det første SOMAH-prosjektet ble det utviklet en app for å samtale om kosthold og ernæring til gravide og barn 0-2 år. I SOMAH2 skal vi fokusere på amming. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for amming ved Oslo Universitetssykehus.

I denne første delen av prosjektet vil Vilde Henningsgård, masterstudent i Samfunnsnærings, gjennomføre et masterprosjekt som består i å bidra til utarbeidelsen av et språklig- og kultursensitivt innhold. Dette masterprosjektet dekker forberedende veiledning i svangerskapet og veiledning ved ammestart. Studenten skal også teste om måten hun har valgt å gjøre dette på er en hensiktsmessig måte å utarbeide innhold for SOMAH2. Innholdet i materialet skal ikke være avansert og ikke representere fagspråket som helsepersonell bruker seg imellom. Det skal representere et språk som ufaglærte og personer med språkvansker skal kunne forstå. Språket skal også være enkelt å oversette for tolk. Målgruppen for kommunikasjonsmaterialet er todelt; helsepersonell er «brukere», og gravide og mødre er «mottakere».

Av flere hensyn er relativt få temaer inkludert i det foreløpige kommunikasjonsmaterialet, og ikke alt som hører til under de inkluderte temaene er kommet med. Å ta for seg samtlige aktuelle temaer for ammeveiledning ville på dette tidspunktet i prosjektet ikke vært hensiktsmessig eller gjennomførbart, med hensyn til tidsrammene for masteren og arbeidsmengde for deltakere i prosjektet. Fokuset for denne evalueringen er om språket i materialet egner seg for kvinnene som skal veiledes, og om innholdet er presentert på en måte som helsepersonell kan stille seg bak.

Evaluering av kommunikasjonsmaterialet

Kommunikasjonsmaterialet skal evalueres med en Suitability Assessment of Materials-score (SAM-score). Resultatene fra SAM-evalueringen vil fortelle oss noe om språket og brukbarheten i studentens foreslåtte tekstformat, og gi verdifull informasjon for det videre arbeidet i SOMAH2. Det vil også gi neste student direksjoner på hvordan språk og innhold kan utarbeides.

Evalueringen skal gjennomføres av appens tiltenkte brukergruppe; helsesøstre og jordmødre med tilknytning til enten barselavdeling, ammepoliklinikk eller helsestasjon.

Hvordan gjennomføre SAM-evaluering:

Les igjennom innledende tekst før du starter på evalueringen. Hele evalueringen (inkludert gjennomlesing av kommunikasjonsmaterialet) er beregnet å ta ca. 20 minutter.

Evaluering innebærer å lese igjennom kommunikasjonsmaterialet og krysse av for 1 av 3 mulige svar i totalt 10 kategorier i spørreskjemaet. Det er kommentarfelt under hver kategori der du kan legge igjen eventuelle innspill.

Kategoriene er utarbeidet på et teoretisk grunnlag og brukes til å vurdere hvor godt egnet et materiale er til å opplyse og informere en målgruppe. Hver kategori har en kort tekst som forklarer hva som er en god standard for den gitte kategorien. Du skal vurdere det som står i materialet opp mot denne informasjonen (eksempelvis står det at korte setninger og enkle ord er bra, og du skal vurdere hvor godt du mener materialet passer dette kriteriet). I noen av kategoriene er det mer utfyllende forklaringer for å tydeliggjøre hvordan du skal vurdere materialet etter kategorien.

Fordi målgruppen er todelt er det i kategorier som omhandler helsepersonell blitt brukt ordet «brukeren» eller «helsepersonell». I kategorier som omhandler gravide og mødre har det blitt brukt ordet «mottakeren». Dette er for å tydeliggjøre hvordan du skal evaluere materialet i den gitte kategorien.

Flere av kategoriene relaterer til opplysningsmateriale (som brosjyrer, infoskriv o.l.). Kommunikasjonsmaterialet er et opplysningsmateriale, men har ulikt en brosjyre et mellomledd i formidlingen av budskapet (som er helsepersonellet).

Du skal vurdere både om det faglige innholdet vil være passende for kvinnene som skal motta informasjonen, og om måten studenten har valgt å legge fram informasjonen på, er hensiktsmessig for deg som brukere av materialet. Materialet trenger å være informativt for kvinnene som skal få veiledning, og brukervennlig for deg som skal navigere i teksten.

Hilsen

Vilde Henningsgård, OsloMet

VEDLEGG 12: VEILEDER FOR SAM-EVALUERING

Om SOMAH2 og tilhørende masterprosjekt i samfunnsernæring ved OsloMet - Storbyuniversitetet

Forskere og en mastergradsstudent tilknyttet OsloMet – Storbyuniversitetet (tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus) har satt i gang et arbeid for å utvikle en app som skal fungere som kommunikasjonsverktøy mellom helsepersonell og mor under ammeveiledning. Dette kommunikasjonsverktøyet skal være kultur- og språksensitivt. Prosjektet heter Samtaler om mat på helsestasjon-2 (SOMAH2). I det første SOMAH-prosjektet ble det utviklet en app for å samtale om kosthold og ernæring til gravide og barn 0-2 år. I SOMAH2 skal vi fokusere på amming. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for amming ved Oslo Universitetssykehus.

I denne første delen av prosjektet vil Vilde Henningsgård, masterstudent i Samfunnsernæring, gjennomføre et masterprosjekt som består i å bidra til utarbeidelsen av et språklig- og kultursensitivt innhold. Dette masterprosjektet dekker forberedende veiledning i svangerskapet og veiledning ved ammestart. Studenten skal også teste om måten hun har valgt å gjøre dette på er en hensiktsmessig måte å utarbeide innhold for SOMAH2. Innholdet i materialet skal ikke være avansert og ikke representere fagspråket som helsepersonell bruker seg imellom. Det skal representere et språk som ufaglærte og personer med språkvansker skal kunne forstå. Språket skal også være enkelt å oversette for tolk. Målgruppen for kommunikasjonsmaterialet er todelt; helsepersonell er «brukere», og gravide og mødre er «mottakere».

Av flere hensyn er relativt få temaer inkludert i det foreløpige kommunikasjonsmaterialet, og ikke alt som hører til under de inkluderte temaene er kommet med. Å ta for seg samtlige aktuelle temaer for ammeveiledning ville på dette tidspunktet i prosjektet ikke vært hensiktsmessig eller gjennomførbart, med hensyn til tidsrammene for masteren og arbeidsmengde for deltakere i prosjektet. Fokuset for denne evalueringen er om språket i materialet egner seg for kvinnene som skal veiledes, og om innholdet er presentert på en måte som helsepersonell kan stille seg bak.

Evaluering av kommunikasjonsmaterialet

Kommunikasjonsmaterialet skal evalueres med en Suitability Assessment of Materials-score (SAM-score). Resultatene fra SAM-evalueringen vil fortelle oss noe om språket og

brukbarheten i studentens foreslåtte tekstformat, og gi verdifull informasjon for det videre arbeidet i SOMAH2. Det vil også gi neste student direksjoner på hvordan språk og innhold kan utarbeides.

Evalueringen skal gjennomføres av appens tiltenkte brukergruppe; helsesøstre og jordmødre med tilknytning til enten barselavdeling, ammepoliklinikk eller helsestasjon.

Hvordan gjennomføre SAM-evaluering:

Les igjennom innledende tekst før du starter på evalueringen. Hele evalueringen (inkludert gjennomlesing av kommunikasjonsmaterialet) er beregnet å ta ca. 20 minutter.

Evaluering innebærer å lese igjennom kommunikasjonsmaterialet og krysse av for 1 av 3 mulige svar i totalt 10 kategorier i spørreskjemaet. Det er kommentarfelt under hver kategori der du kan legge igjen eventuelle innspill.

Kategoriene er utarbeidet på et teoretisk grunnlag og brukes til å vurdere hvor godt egnet et materiale er til å opplyse og informere en målgruppe. Hver kategori har en kort tekst som forklarer hva som er en god standard for den gitte kategorien. Du skal vurdere det som står i materialet opp mot denne informasjonen (eksempelvis står det at korte setninger og enkle ord er bra, og du skal vurdere hvor godt du mener materialet passer dette kriteriet). I noen av kategoriene er det mer utfyllende forklaringer for å tydeliggjøre hvordan du skal vurdere materialet etter kategorien.

Fordi målgruppen er todelt er det i kategorier som omhandler helsepersonell blitt brukt ordet «brukeren» eller «helsepersonell». I kategorier som omhandler gravide og mødre har det blitt brukt ordet «mottakeren». Dette er for å tydeliggjøre hvordan du skal evaluere materialet i den gitte kategorien.

Flere av kategoriene relaterer til opplysningsmateriale (som brosjyrer, infoskriv o.l.). Kommunikasjonsmaterialet er et opplysningsmateriale, men har ulikt en brosjyre et mellomledd i formidlingen av budskapet (som er helsepersonellet).

Du skal vurdere både om det faglige innholdet vil være passende for kvinnene som skal motta informasjonen, og om måten studenten har valgt å legge fram informasjonen på, er hensiktsmessig for deg som brukere av materialet. Materialet trenger å være informativt for kvinnene som skal få veiledning, og brukervennlig for deg som skal navigere i teksten.

Under samtale med mor

Svangerskapsveiledning og den første måneden etter fødsel

Samtlige kapitler i dette utkastet til samtaleveilederen SOMAH2 handler om å forberede den gravide på det som kommer, og å gi veiledning på det som kan oppstå underveis i første måned etter fødsel. Hensikten er å redusere utfordringer som kan forebygges gjennom gode forhåndskunnskaper om amming. Innholdet er ment å gi informasjon mor kan få under svangerskap, på barsel eller ved første møte med helsestasjon/hjemmebesøk etter fødsel.

1 Forberedelse og motivasjon til amming (rundt svangerskapsuke 38)

Hele kapittel 1.1, 1.2 og 1.3 inneholder forberedende informasjon om morsmelk, amming og kosthold til spedbarn. Denne informasjonen er til mor under svangerskapet. Hensikten med kapitlet er å gi mor gode forkunnskaper om amming før barnet kommer.

1.1 Om morsmelkens egenskaper og effekt på barnet

- Morsmelk inneholder alt det barnet trenger for å vokse og holde seg frisk. Det er stoffer fra mor i melken som beskytter barnet mot sykdom. Disse finnes ikke i morsmelkerstatning.
- Morsmelk alene kan dekke barnets behov de første 4 til 6 månedene av barnets liv. Se kapittel 1.3 om morsmelkerstatning og tilleggs kost.
- Morsmelk kan beskytte barnet mot sykdommer som
 - diaré
 - forstoppelse
 - infeksjon i lunger og hals
 - betennelse i ørene

- Mors kropp lager melk akkurat passe til sitt barn.
- Melken er alltid klar til servering og er passe varm for barnet – du trenger ikke tenke på å varme den opp eller å ha en ren flaske å servere den fra.
- Den aller første melken er fyldig og inneholder spesielle stoffer som beskytter barnet mot sykdom. Den kommer i små dråper, som passer bra fordi nyfødte babyer har veldig små mager.
- De første dagene etter fødselen er melken gul i fargen og likner på fløte. Etterhvert vil melken bli tynnere og mer blå i fargen.

1.2 Om amming og effekter for mor

1.2.1 Korttidseffekter av amming for mor

- Når du ammer hjelper du kroppen din å komme seg etter fødselen. Du utsetter menstruasjon og hjelper livmoren din til å trekke seg sammen igjen til normal størrelse.
- Å amme hjelper kroppen å slappe av. Det hjelper derfor ofte på søvnen og humøret.
- Når du ammer har du en fin mulighet til å få kontakt med barnet ditt.

1.2.2 Langtidseffekter for mor

- Jo lenger du ammer, jo større helsefordeler får du.
- Å amme hjelper kroppen å komme seg tilbake til der den var før graviditeten.
- Du blir mindre utsatt for å få diabetes type 2, brystkreft og leddgikt.

1.2.3 Fullamming

- «Fullamming» er når barnet bare får morsmelk, og ikke noe annet. Ikke vann, saft, morsmelkerstatning, sukkervann eller babymat. Unntaket er medisin, tran eller vitamin D-dråper.
- Barn kan trygt få bare morsmelk de første 6 månedene, om det fungerer for mor og barn.
- Barn som har blitt fullammet de første 4-6 månedene får sjeldnere overvekt, diabetes type 2 og sykdom i tarmen når de vokser opp.

- Små barn vokser fort og trenger all næringen som kommer med morsmelken. Hvis man fyller den lille magen med andre ting enn morsmelk (eller MME om man ikke har egen melk) får ikke barnet det den trenger.
- Spedbarn trenger ikke noe annet enn morsmelk eller MME de første 4-6 månedene av livet sitt. De skal ikke ha vann eller annen drikke.

1.3 Om morsmelkerstatning (MME) og annen mat til barnet

- Det er fint for deg og barnet ditt dersom du får til å amme.
- All morsmelk er verdifull. Selv om du bare har litt morsmelk gir du denne først. La barnet drikke alt det det klarer fra begge bryst. Se kapittel 2.2.6.
- Noen få kvinner får ikke til å amme, og skal da gi barnet MME. Noen ganger fungerer bare ikke ammingen slik man ønsker.
- MME inneholder ikke immunstoffer som kan beskytte barnet mot sykdom.
- Det er trygt å bruke MME når man bruker rent drikkevann og rene flasker.
- «Morsmelk først, så MME». Selv om du gir barnet MME er det fint for barnet og deg om du gir bryst først.
- MME er det eneste trygge man kan gi til barn før de er 4 måneder gamle når man ikke har nok av egen melk. Dette kan være både fordi du ikke kan amme der og da, eller hvis du har for lite melk til barnet ditt. Barn bør få bare morsmelk eller MME til de er inntil 4 måneder gamle. De har små mager og får mindre appetitt hvis de fylles opp med annen mat eller drikke. Dessuten er ikke magen og tarmen klar til å fordøye annen mat.
- All MME du får kjøpt i Norge er kontrollert og trygg. Det er derfor ikke ett merke som er bedre enn et annet.
- Det er ikke anbefalt å gi barn annet enn morsmelk (eventuelt MME) fram til de er 4-6 måneder gamle. Det tidligste man kan gi barn tilleggsmat er når barnet er 4 måneder gammel.
- Noen barn vil begynne å vise interesse for annen mat før de er 6 måneder gamle. Trenger barnet noe tillegg før det er 4 måneder gammelt kan du gi MME. Er barnet mer enn 4 måneder gir du for eksempel grøt eller moste grønnsaker.
- Selv når barnet er eldre enn 6 måneder og har begynt å spise annen mat er det fint for både deg og barnet ditt om du fortsetter å amme i tillegg.

2 For å komme i gang med ammingen

Kapittel 2.1 inneholder informasjon for svangerskapskontroller, som skal forberede gravide på tiden rett etter fødsel, vedrørende hva mor kan forvente og burde kunne om ammestart. NB. Underkapittel om ammestilling har lite tekst fordi det er planlagt å basere seg mest på illustrasjoner til bruk i praktisk veiledning.

2.1 Å få en god start etter fødsel

- Det er mange forventninger til å få et barn.
- Rett etter fødsel bør barnet få ligge nakent på mors mage, uten pledd eller annet tøy imellom mor og barn. Her skal det få søke etter brystene.
- Hvis det er noe du blir fortalt hos lege, på barsel, eller på helsestasjonen som du ikke forstår må du alltid spørre. Tenk heller at du bør stille ett spørsmål for mye, enn ett for lite.
- For noen går ammingen veldig bra helt fra starten av, og for andre går det saktere og virker mer vanskelig. Begge deler er normalt.

2.1.1 Viktig at mor og barn er sammen

- I tiden etter fødselen er det viktig at du får være med barnet ditt det meste av døgnet.
- Barnet ditt kjenner din kropp og stemme. Dette hjelper barnet å være rolig.
- Når din hud kjenner barnets hud begynner kroppen din å lage brystmelk. Derfor er det viktig å la barnet hvile mot huden din, uten tøy som ligger i mellom. Dette kaller vi hud-mot-hud.
- Barnet liker å ligge hud-mot-hud. Dette er varmt og trygt, og minner om tiden da det lå i magen.

2.1.2 Melkeproduksjon og hvor mye du skal amme de første ukene

- De første 6 ukene etter fødsel er det vanlig å amme 8 til 12 ganger i døgnet for å få nok melk. Man kan også amme oftere.
- Hvor ofte du velger å amme påvirker hvor mye melk brystene vil lage.
- Hvis du har bestemt deg for at du vil amme barnet ditt må du være innstilt på å amme/pumpe 8 til 12 ganger i døgnet. Dette er spesielt viktig de første ukene etter at barnet er født.

2.1.3 Nytt barn, barselavdeling og den første melken - hva du kan forvente i den første tiden

- Dersom fødselen går normalt vil barnet ditt bli lagt på magen din med en gang. Barnet vil allerede da søke etter brystene. Dette er en viktig del av å sette i gang den aller første melken.
- Barnet vil søke etter brystet nesten hele tiden – det kan virke som at det egentlig går fra det ene brystet til det neste med én gang.
- Når barnet rører brystknoppen starter det som kalles «utdrivningsrefleksen». Det er denne som gjør at melken kommer ut av brystet.
- På barsel kan du alltid be om hjelp hvis du føler at du ikke får til å amme.
- Amming tar tid og kan være mer slitsomt enn mange forventer seg.
- Det kan ta 2-5 dager før melken kommer for fullt. Dette er normalt. Før dette kommer det likevel noen få dråper råmelk som barnet trenger.
- Det er vanlig for mange barn å ville ammes oftere om kvelden.
- Nyfødte sine mager er veldig små. Derfor har de ikke plass til så mye om gangen, og dette gjør at de trenger å få bryst ofte. Barnekropper skal også vokse mye og trenger påfyll med energi og næring
- Siden barnets mage er så liten og har plass til lite om gangen, så tømmes den også fort. Dette betyr at barnet kan ammes omtrent hver 2.-3. time. Dette gjelder også om natten.
- Noen barn spiser ofte i perioder i løpet av døgnet. For disse barna betyr det at det til tider går lenger imellom hver amming.

2.1.4 Følelser og forventninger

- Etter fødselen kan mange oppleve «barseltårer». Det er mange endringer i kroppen, man har kanskje søvnmangel, og kanskje har ikke forventningene man hadde blitt innfridd. Man er ikke en dårlig mor fordi man føler seg trist eller ulykkelig etter fødsel.
- Man kan gå fra å være veldig glad til å være veldig lei seg.
- Noen får morsfølelsen med én gang, noen andre får det etter hvert. Dette er normalt. Hvis du bekymrer deg for at du ikke har morsfølelse kan du snakke med helsesøster eller jordmor.
- Ingen skal trenge å føle skam over at de ikke mestrer ammingen slik de ønsker. Man er ikke en dårlig mor av den grunn.

2.1.5 Litt om ammestilling

- Amming skal være mest mulig behagelig for deg og barnet ditt. Ta deg tid til å sitte godt og finne ammestillinger som føles bra for dere begge. Spør helsesøster og jordmor om hjelp til å finne gode stillinger for deg.
- Feil ammestilling kan gi vond rygg, stive skuldre og hodepine.
- «Barnet til brystet – ikke brystet til barnet». For at ammingen skal bli mest mulig behagelig for dere begge bør du finne en god sittestilling før du legger barnet til brystet.
- Barnet må ligge høyt og nært nok til brystet, slik at det ikke trekker og drar i det. Dette er slitsomt for både barnet og deg, og det kan gjøre brystknoppene såre og vonde.
- Det kan hjelpe å bruke puter, pledd eller ammepute for å støtte opp barnet i høyde med brystet.

2.2 Vanlige ammeproblemer

Kapittel 2.2 omhandler noen av de mer vanlige årsakene til ammeproblemer, som enkelt kan løses. Dette kapitlet skal kunne brukes til både veiledning under svangerskapskontroll, på barsel og når mor opplever spesifikke problemer med ammingen i de første 6 ukene.

2.2.1 Om barnets signaler, tidsbruk og ammefrekvens

- Helsesøster vil måle og veie barnet ditt på helsestasjonen. Det er slik man får vite om barnet får nok mat.
- Vi sier «selv-regulering» når vi snakker om at barnet selv viser at det vil ha bryst.
- Barnet vil ofte vise at det vil ha bryst av seg selv, men bør få bryst minst 8 ganger i døgnet.
- Noen barn sover mye og må vekkes for å få bryst. Dette er helt ok og nødvendig for at de skal vokse godt.
- Det første halve året (6 måneder) er det vanlig at barnet trenger å ammes døgnet rundt. Det betyr også om natten!
- Barnet viser at det er sulten på flere måter – gi deg selv tid til å lære hva ditt barn gjør når det vil ha brystmelk.
- Barnet kan vise at det er sulten ved å:

- Smatte
 - Søke etter brystet ved å vende hodet og munnen fra side til side.
 - Ta hendene opp til munnen
 - Røre på leppene, gape og søke etter brystet
 - Skrike eller gråte
- Det er viktig å være obs på signalene barnet gir på at det er sultent. Legg barnet tidlig til brystet, slik at det ikke blir urolig og begynner å gråte.
 - Gråt er et sent signal på at barnet er sultent.
 - Barn som har skreket lenge fordi de er sultne trenger mer tid til å roe seg ned for å ta brystet. Dette gjør det mer slitsomt for både deg og barnet – ikke la barnet vente for lenge mellom ammingene.
 - Barn som er eldre enn to måneder tåler ofte å vente lenger for å få bryst.
 - Noen barn viser ikke så godt at de er sultne. Disse barna bør vekkes for å få bryst hver 3. time. Det er helt i orden å vekke barn som sover for å gi bryst.
 - La barnet få ligge til brystet så lenge det vil. Det kan ta et par minutter før melken kommer, så vær tålmodig. Den fettrike melken kommer når barnet har diet en stund.
 - 15-20 minutter på hvert bryst er en fin lengde på amming i starten.
 - Barnet vil ofte slippe brystet selv når det er mett. Hvis barnet sovner eller suger for langt ute på brystknoppen kan mor bli sår. Da er det greit å løsne barnet fra brystet.
 - Bytt på hvilket bryst du gir. Du kan også gi fra begge bryst under samme måltid.

2.2.2 Er barnet urolig eller for rolig?

- Noen barn gråter og skriker mer enn andre. Gråt betyr ikke alltid sult.
- Hvis barnet viser at det fortsatt er sultent etter å ha fått bryst (se kapittel 2.2.1) kan det være at det bare må ha litt til brystmelk for å falle til ro.
- Det kan være andre grunner til at barnet skriker etter å ha spist. Kanskje det trenger å rape, en ny bleie, eller bare å pakkes inn i et teppe. Å legge barnet hud mot hud er også godt for barnet.
- Noen barn sover veldig mye og ser ikke ut til å være særlig sultne når de våkner. Se kapittel 2.2.1.
- Barn er veldig forskjellige, og det er helt normalt.

2.2.3 Hva påvirker hvor mye melk som lages?

5. Det er viktig at du får fred og ro til å være med barnet ditt etter fødselen. Dette er en viktig tid for å la kroppen din komme i gang med å lage brystmelk.
6. «Etterspørsel regulerer produksjon». Det betyr at jo oftere barnet legges til brystet og får die, jo mer melk vil du lage. Det er derfor det er viktig at du er sammen med barnet så mye som mulig.
7. Hvor mye melk brystene klarer å lage bestemmes av hvor ofte du legger barnet til brystet. Hva du spiser eller drikker påvirker ikke hvor mye melk du har.
8. Stress kan påvirke hvor mye melk du lager. Be partner eller andre familiemedlemmer om hjelp og støtte til gjøremål i hverdagen. Amming tar tid og krefter, og du trenger ro.

2.2.4 Hvis du tror du har for lite melk

9. Hvis du tror du lager for lite melk kan du dra til helsestasjon for å få veid og målt barnet. Helsesøster vil hjelpe deg.
10. Tenk at du skal amme 8 ganger eller mer i døgnet. Dette hjelper deg å lage nok melk.
11. Noen ganger kan barnet ha fått mer appetitt før brystene har rukket å lage nok melk. Da kan du begynne å gi bryst oftere til du har tatt igjen barnets appetitt. Slike dager kalles «økedager», og barnet trenger å legges oftere til brystet enn det kanskje har trengt de siste dagene.
12. Hvis barnet fortsatt virker sulten etter å ha fått det ene brystet, så gir du det andre brystet.
13. Bytt på hvilket bryst du gir, både underveis og til ulike måltider – da får begge bryst tømte seg og fortsetter å lage mer melk.
6. Alle mødre vil oppleve dager der de lurer på om det er for lite melk og at barnet gråter mye. Ta det med ro og fortsett å gi bryst ofte. Er du fortsatt bekymret tar du kontakt med helsestasjon.
7. Hvis du er redd barnet ikke vokser nok vil helsesøster hjelpe deg å vurdere om barnet trenger MME i tillegg til morsmelk.
8. Hvis du er bekymret, synes ting er vanskelig eller er lei deg kan du snakke med helsesøster eller jordmor. De er der for å hjelpe deg.
9. Noen tror at de bør spare på melken sin og ikke gi bryst så ofte. Dette fører til at du lager mindre melk, fordi hvor mye du lager bestemmes av hvor ofte barnet legges til brystet.

10. Størrelsen og formen på brystene dine har veldig lite å si for hvor mye melk du kan lage.
 11. Du kan også bruke håndpumpe eller melke deg selv for hånd for å lage mer melk.
 12. Forbered deg på at dagene dine kanskje må planlegges rundt at du skal amme, slik at du får den tiden du trenger.
 13. Unngå flaske – hvis det ikke er medisinsk grunn til å bruke det.
 14. Barn som ofte får flaske kan bli «sugeforvirret». Smokken på flasken kjennes veldig annerledes ut enn et bryst gjør.. For noen barn blir det da mer vanskelig for å ta brystet og få ut melken når de dier.
- De første to ukene etter fødsel bør barnet ikke få smokk. Det er viktig at barnet får suge ofte på brystet for å øke melkeproduksjonen, og ikke bare får en smokk for trøst.

3 Sosiale forhold

Kapittel 3 handler om det som foregår hjemme og i mors sosiale kretser. Denne kapittelet skal kunne brukes både i forberedende veiledning i svangerskapet, men også senere hvis mor for eksempel opplever at andre legger seg opp i hva hun burde gjøre.

- Hvis husarbeid eller andre arbeidsoppgaver må vente fordi du skal amme, så får de bare vente. Du og ditt barn er viktigst.
- Du trenger også ro og omsorg – be partneren eller andre i familien din om hjelp til ting.
- Du vet selv hva som føles riktig for deg. Helsesøster og jordmor vil hjelpe deg å finne ut hva som fungerer for deg og ditt barn.
- Hvis noen i din familie har mange meninger om amming og vil bestemme hva som er best for deg kan du invitere dem med deg til helsesøster for en samtale.
- Du kan alltid snakke om hva som skjer hjemme med helsesøster, uansett hva det gjelder.
- Husk på hva du har lært hos helsesøster og jordmor. De hjelper mange med amming og du kan alltid spørre dem om det du blir fortalt av andre er riktig.

Viktig for helsepersonell

Hele denne seksjonen skal i appen henvende seg til helsepersonell, og er ikke til bruk under veiledningssamtaler. Innholdet er ment å være særlig nyttig for nyutdannede.

1a Forberedelse og motivering

Kapittel 1a er ment å være supplerende informasjon til helsepersonell for kapittel 1. I den ferdige appen er det planlagt at man skal kunne klikke seg direkte videre til andre ressurser (nettsider, kontaktinfo etc.), og de er derfor ikke beskrevet i teksten.

- Ofte vil det være nødvendig å følge opp om mor vet hvem hun kan henvende seg til, og hvilke ressurser hun har (barselgrupper, tilbud i sin bydel/kommune, helsetjenester etc.). Det er ikke alle som vet hvilke ressurser som finnes for dem.
- Husk at mange mennesker ikke vil stoppe deg og stille spørsmål når de ikke forstår hva du har ment.
- «Den som tier samtykker ikke.» Ikke ta for gitt at mor alltid vil stille de rette spørsmålene. Dette gjelder etnisk norske så vel som innvandrere. I mange land er det forventet at pasienten kun sitter og lytter. Skap rom for å følge opp at mor oppfatter hva du har ment for å unngå misforståelser.
- Se til Ammeveiledningspermen, Nasjonal Retningslinje for spedbarnsernæring og Nasjonal Retningslinje for Barselomsorgen for mer informasjon og veiledning.
- Foreslå for mor å se filmen «Bryst er best».
- Vær obs på om du trenger å bruke tolk. Dette er et verdifullt hjelpemiddel.
- Ikke vær redd for å stille oppfølgende og spesifikke spørsmål til det mor sier.

1a.1 Ressurser for mor og helsepersonell

- Mor kan ta kontakt med helsestasjon og ammepoliklinikken. Mor kan også oppsøke fastlege hvis hun eller barnet føler seg syk.
- Ammehjelpen er en mor-til-mor-støtte, som kan kontakte hvis man har vanlige ammeproblemer.

- Utenom arbeidstiden kan legevakten kontaktes. Ved akutte tilfeller kan man kontakte sin barselavdeling de to første ukene etter fødsel.
- Helsepersonell kan kontakte Nasjonalt Kompetansetjeneste for Amming.

2a For å komme i gang med ammingen

Kapittel 2a er ment å være supplerende informasjon til helsepersonell for kapittel 2.

- Hvis du gir mor et tips om hvordan hun kan tilrettelegge ammesituasjonen (f.eks. forme brystet til å passe barnets munn) kan det være lurt å følge opp med «vet du hvordan du gjør dette?».
- Dersom du refererer til informasjon det er vanlig å gi tidligere i svangerskapsomsorgen, følg opp om mor har fått det med seg og forstått hva det innebærer.
- Hvis mor er bekymret for manglende støtte rundt seg, er alene eller befinner seg i en vanskelig livssituasjon, informer om hvilke alternativer og ressurser som finnes for å ha et nettverk etter fødsel.

3.2 Oppfatninger og holdninger hos mor

Kapittel 3.2 tar for seg hvordan helsepersonell kan møte holdninger eller oppfatninger som kan påvirke ammingen negativt.

- Noen er opptatt av at barnet må bli størst mulig, og bruker derfor MME i tillegg til morsmelk. Dette handler mye om kultur og tradisjonelle tanker rundt spedbarn og amming. Hvis mor uttrykker at hun ikke synes barnet er stort nok, selv om vekt og mål viser at det er normalt; ta deg tid til å høre på hvorfor mor mener det er viktig at barnet skal være større. Det er lettere å forklare hva som er en sunn vektkurve for et barn når man forstår hva mor er opptatt av.
- Du kan oppleve at mødre stiller spørsmål om hva slags MME de skal bruke. Den internasjonale kode for markedsføring av morsmelkerstatning (WHO-koden) er tydelig på at helsepersonell ikke skal reklamere for MME. Dette innebærer å ikke bruke merkenavn i samtale om MME.
- Mødre med ulike bakgrunner kan ha ulike forhold til kjønnsroller. Eksempelvis kan det være at mor unngår å amme når far er hjemme, eller må forflytte seg til et annet

rom. Selv om mor og barns behov er viktigere enn fars sensibilitet for naken hud er det likevel viktig å møte dette så fordomsfritt som mulig. Finn løsninger sammen med mor som kan fungere med den livsstilen mor har nå.

- Dersom mor kommer fra et annet land er det lurt å spørre hva som er praksisen rundt amming der. Da kan du lettere oppdage hvilken informasjon hun kanskje trenger.