



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Veiledning i spedbarns ernæring til hiv-positive mødre  
- erfaringer fra helsepersonell i Afrika sør for Sahara**

**Infant feeding counselling of HIV-positive mothers -  
Experiences from health personnel in sub-Saharan  
Africa**

**Siv Åsne Holten og Ane Aamodt Aadland**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 66**

**Molde, 10.04.2015**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <b>betrakte som fusk</b> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <u>Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <u>Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <u>retningslinjer for behandling av saker om fusk</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <u>kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Trine Tafjord

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 10.04.2015

**Antall ord: 11079**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn.** Helsepersonell ved klinikker i Afrika sør for Sahara veileder hiv-positive mødre i spedbarnsernæring. Mødre som er hiv-positive møter utfordringer relatert til spedbarnsernæring som kan øke risikoen for mor-til-barn smitte. Helsepersonell er unikt posisjonert til å veilede mødre i å gjennomføre trygg spedbarnsernæringspraksis.

**Hensikt.** Hensikten var å belyse helsepersonells erfaringer knyttet til å utøve veiledning i spedbarnsernæring til mødre som er hiv-positive i Afrika sør for Sahara.

**Metode.** Litteraturstudie basert på ti kvalitative forskningsartikler.

**Resultat.** Helsepersonell erfarte at mødre ofte ønsket å skjule sin hiv-status. For mange kunne morsmelkerstatning være et ugunstig alternativ. Videre erfarte helsepersonell høyt arbeidspress og ressursmangel. Det kunne være vanskelig å forholde seg til eller oppnå god nok innsikt i retningslinjer for praksis. Helsepersonell hadde ulike tilnærminger til veiledningen. De fleste mente at en instruerende veiledningsmåte var mest funksjonell.

**Konklusjon.** Veiledning som fokuserer på fokuspersonens eget, informerte valg kan være problematisk i enkelte sammenhenger. Helsepersonell gjorde bruk av en intuitiv kontekstforståelse i veiledningsutøvelsen. Studien viser at skjønn er viktig i fortolkning av retningslinjer og at kontekst-sensitivitet er nødvendig i veiledning i spedbarnsernæring.

**Nøkkelord:** Veiledning, spedbarnsernæring, hiv-positive mødre, helsepersonell, Afrika sør for Sahara

## **Abstract**

**Background.** Health care personnel at clinics in sub-Saharan Africa perform infant feeding counselling of HIV-positive mothers. Mothers who are HIV-positive face contextual challenges related to infant feeding that may pose a risk of vertical transmission of HIV. Health professionals are uniquely positioned to guide mothers to implement safe infant feeding practices.

**Aim.** The aim was to elucidate experiences of health professionals in performing infant feeding counselling of HIV-positive mothers in sub-Saharan Africa.

**Method.** Literature review based on ten qualitative research papers.

**Results.** Health professionals experienced that mothers often wished to hide their HIV status. For many reasons, infant formula could be an unfavourable option. Health personnel experienced a heavy workload. Many experienced a lack of updated knowledge on guidelines and some found guidelines difficult to use. Health personnel had various approaches to infant feeding counselling. Most believed that an instruction-based approach to counselling was the most functional approach.

**Conclusion.** Counselling focusing on clients' informed choice may be problematic in certain settings. Health professionals made use of an intuitive understanding of context through their counselling performance. The study shows that exercising discretion is important in the interpretation of guidelines and that context-sensitivity is essential in infant feeding counselling.

**Keywords:** Counselling, infant feeding, HIV-positive mothers, health professionals, sub-Saharan Africa

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1	Studiens hensikt .....	8
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>10</b>
2.1	Humant immunsvikt virus .....	10
2.2	Spedbarnsernæring når mor har hiv .....	11
2.3	Veiledning .....	13
2.3.1	Veiledning som dialog .....	13
2.3.2	Ekspert-mottaker modellen .....	14
2.3.3	Informert valg .....	14
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>16</b>
3.1	Datainnsamling .....	16
3.1.1	Litteratursøk .....	16
3.1.2	Kvalitetsvurdering .....	18
3.1.3	Etiske hensyn .....	19
3.1.4	Analyse .....	20
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>22</b>
4.1	Å møte mødrenes varierte utfordringer .....	22
4.2	Å forholde seg til praktiske rammer .....	24
4.3	Å forholde seg til internasjonale retningslinjer .....	25
4.4	Å skulle veilede på en funksjonell måte .....	27
4.4.1	Instruerende veiledning .....	28
4.4.2	Veiledning til informert valg .....	29
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>31</b>
5.1	Metodediskusjon .....	31
5.1.1	Litteratursøk .....	31
5.1.2	Kvalitetsvurdering og etisk godkjenning .....	32
5.1.3	Analyse og resultat .....	33
5.2	Resultatdiskusjon .....	35
5.2.1	Kontekstuelle faktorerers betydning for veiledningsform .....	35
5.2.2	Opplevelser av dilemmaer og valg .....	39
5.2.3	Mellom retningslinjer og skjønn .....	40
5.2.4	Konsekvenser for praksis .....	42
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>43</b>
6.1	Forslag til videre forskning .....	43
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>45</b>
	<b>Vedlegg I – PI(C)O</b> .....	<b>A</b>
	<b>Vedlegg II – Søkehistorikk</b> .....	<b>B</b>
	<b>Vedlegg III - Artikkelloversikt</b> .....	<b>E</b>
	<b>Vedlegg IV - Oversikt over funn</b> .....	<b>L</b>
	<b>Vedlegg V – Sjekkliste for kvalitetsvurdering</b> .....	<b>N</b>

## 1.0 Innledning

I Afrika sør for Sahara er helseutfordringene store. Hiv/aids utgjør en massiv helseutfordring (Leraand 2013; Lindstrand et al. 2006). Hiv kan overføres fra mor til barn. Dette kan skje i tre ulike faser; i løpet av svangerskapet, under fødselen og ved amming. Amming utgjør en risiko fordi barnet får i seg brystmelk som er hiv-infisert (Skutle 2011).

I den vestlige verden anbefales hiv-positive kvinner å unngå amming fullstendig. I Norge er det straffbart for mødre med hiv å amme (Straffeloven 2015) selv om moderne medisiner reduserer risikoen for vertikal smitte (WHO 2013).

I ressursbegrensede deler av verden har det å unngå å amme imidlertid vist seg å få uheldige konsekvenser for barnet. Dette skyldes at barn her kan være langt mer utsatte for feilernæring og infeksjoner grunnet mangel på unike næringsstoffer og antistoffer fra morsmelken som styrker barnets immunforsvar, i kombinasjon med mangel på hygieniske forhold og rent vann som behøves i tillagingen av morsmelkerstatning (Skutle 2011).

For å sette forholdene i mange ressursbegrensede settinger på spissen: Hiv/aids utgjør en betydelig risiko ved amming, og diaré/dehydrering og ulike infeksjoner utgjør en betydelig risiko for barnedødelighet hvis en unngår å amme. Som et kompromiss anbefales derfor gravide og nybakte mødre i ressursbegrensede settinger å utelukkende amme i seks måneder før rask overgang til annen føde (WHO/UNAIDS/UNFPA/UNICEF 2010).

FNs barnekonvensjon understreker barns rett til liv og helse (UNCRC 1989). Mange aktører satser på folkehelsearbeid knyttet til ernæring hos barn (WHO/UN 2014; UNICEF 2014; MSF 2014). FNs utviklingsmål fram mot 2015 har fremhevet mødre- og barnehelse. Ett mål har vært å bekjempe hiv/aids og andre sykdommer (UN 2014). Forebygging av mor-til-barn smitte av hiv krever globale strategier og inngående forståelse for hvordan foretak fungerer i ulike lokale kontekster (Lindstrand et al. 2006).

Det er store forskjeller innen sykdom og helse globalt. I vårt naboland Sverige er ti tusen ganger så mange ressurser tilgjengelig for å redde et barneliv enn i Sierra Leone (Lindstrand et al. 2006). I Malawi var det en sykepleiertetthet på kun 0,24 per 1000 innbyggere i 2010, sammenlignet med 31.9 i Norge i 2009 (Malawi Health Workforce Observatory/WHO 2010; WHO 2015). Europeisk kolonisering resulterte i den

fundamentale arbeidsdeling – afrikanske land som eksportør av råvarer og importør av ferdigvarer – som i vesentlig grad gjelder fortsatt og er en hovedårsak til den mangelfulle utviklingen i subsaharisk Afrika (Leraand 2013).

### *Bakgrunn for valg av tema*

Vi ønsket å ha et fokus på global helse da dette er et felt vi interesserer oss for. En av oss har vært noe i Afrika tidligere gjennom studier, og vi kunne begge tenke oss å jobbe i Afrika ved en senere anledning. Vi er opptatt av sykepleierens møte med pasienten og den kontakten som skapes. Et 'afrikansk' sykepleieperspektiv var interessant. Vi lurte på hvilke erfaringer sykepleiere ved afrikanske klinikker gir uttrykk for.

Vi mener veiledning i spedbarnsernæring til hiv-positive mødre i Afrika sør for Sahara er et tema som er viktig å belyse. Den globale hiv-pandemien har rammet regionen hardere enn noen annen del av verden (Leraand 2013). Helsepersonell spiller en viktig rolle i forebygging av vertikal hiv-smitte. Hvordan en veiledningspraksis fungerer har betydning for helseatferd. Vi kan lære av helsepersonells erfaringer fra spedbarnsernæringsveiledning da veiledning er et viktig arbeidsområde i sykepleiepraksis generelt.

## **1.1 Studiens hensikt**

Hensikten var å belyse helsepersonells erfaringer knyttet til å utøve veiledning i spedbarnsernæring til mødre som er hiv-positive i Afrika sør for Sahara.

### *Begrepsavklaringer*

**Helsepersonell.** Det er stort sett sykepleiere og jordmødre som utfører veiledning i spedbarnsernæring i settingene vi studerer. Vi bruker begrepene helsepersonell, helsearbeidere og veiledere som betegnelser på sykepleiere, jordmødre og/eller annet utdannet personell i klinisk praksis.

**Mødre.** Vi bruker 'mødre' som en samlende betegnelse på gravide kvinner og nybakte mødre.



**Afrika sør for Sahara.** Afrikanske land sør for Sahara er inkludert ut fra et kulturelt og politisk rammeverk, ikke bare ut fra geografi. Flere land som ut fra sosial og økonomisk utvikling oftest regnes som en del av Afrika sør for Sahara befinner seg delvis i Sahara og/eller regnes i andre sammenhenger som deler av nord-Afrika (Leraand 2013).

## 2.0 Teoribakgrunn

I det følgende kapitlet presenteres teoribakgrunn vi har benyttet i studien: Teori rundt hiv (humant immunsvikt virus), spedbarnsernæring når mor har hiv, og veiledning.

### 2.1 *Humant immunsvikt virus*

Hiv (humant immunsvikt virus) er et retrovirus som angriper monocytter og en gruppe T-lymfocytter. Felles for disse cellene er at alle har særegne reseptorer i membranen som hiv kan kople seg på, og dermed kan viruset trenge inn i cellene og ødelegge dem. T-lymfocytene spiller en viktig rolle i immunforsvaret. Ødelegging av disse cellene vil føre til immunsvikt og dermed til en rekke alvorlige sykdommer. Hiv kan smitte gjennom blod, ved seksuell kontakt, og fra mor til barn under graviditet, fødsel og amming. Virusets spres ikke ved vanlig sosial kontakt eller gjennom spytt og svette. Noen uker etter at en person er blitt hiv-smittet kan han/hun få et akutt sykdomsbilde med sår hals, feber, utslett, ledd- og muskelsmerter. De fleste hiv-smittede er imidlertid symptomfrie i flere år. Langvarig feber, vekttap, diare, tretthet, nattesvette og soppinfeksjon i munnhulen er vanlig hos en del hiv-smittede etter en tid. Hiv fører til AIDS (Acquired ImmunoDeficiency Syndrome), som er tilstanden når immunapparatet er påviselig svekket (Jacobsen et al. 2009; Andreassen et al. 2010).

ARV (Anti-RetroViral) medisin, eller ART (Anti-Retroviral Therapy) er medisiner for å holde hiv i sjakk. Disse har så stor betydning for prognosen at hiv i vestlige land har gått fra å være en livstruende til en kronisk sykdom (Bruun et al. 2006). For å følge opp ART må hiv-positive ta tablett daglig til samme tidspunkt, livet ut. Dersom behandlingen ikke følges opp nøyaktig, er resistensfaren høy (Brevik og Bugge 2013; WHO 2013).

Det viktigste medisinske tiltaket for å forebygge vertikal smitte fra mor til barn er adekvat antiviral behandling av mor. Verdens helseorganisasjon (WHO 2013) gir føringer for at alle gravide og ammende mødre skal få livsvarig behandling med ART. Det kan fremdeles ta lang tid før alle har tilgang til ART (UNAIDS 2013).

## **2.2 Spedbarnsernæring når mor har hiv**

Hiv-positive mødre i ressursfattige settinger i Afrika sør for Sahara har lenge stått overfor et vanskelig dilemma: 1) Risiko for postnatal mor-til-barn-overføring (MTCT =Mother To Child Transmission) av hiv gjennom amming, og: 2) Risiko for infeksjonssykdommer og feilernæring hos barna om de ikke ammer (WHO/UNAIDS/UNFPA/UNICEF 2010).

Helsetjenester skal tilby kvinner veiledning i spedbarnsernæring, og hjelpe dem med å holde seg til enten fullamming i seks måneder eller utelukkende bruk av melk-erstatning. Fullamming de første seks måneder har i nyere tid blitt anbefalt for alle mødre i ressursbegrensede settinger (WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS 2010).

I Norge anbefales en kombinasjon av amming og annen føde for å forebygge allergi (Holan og Hagtvedt 2010). Når mor har hiv utgjør en slik kombinasjon den største risikoen for mor-til-barn smitte (Coovadia et al. 2007). Virusets overføres ofte til barnet der barnets slimhinner i fordøyelseskanalen ikke er intakte. Tilleggsføde og urent vann fører til skader i slimhinnen, slik at hiv fra morsmelk lettere kan passere over i barnets blod. Utelukkende amming i seks måneder styrker denne slimhinnen.

I subsaharisk Afrika blir gravide kvinner testet for hiv. Ved positivt resultat skal en få særskilt oppfølging med veiledning i spedbarnsernæring. Veiledningen foregår i en ramme av PMTCT (Prevention of Mother To Child Transmission), hvor det primære fokuset er forebygging av hiv-smitte, men veiledningen skal vurdere den helhetlige situasjonen slik at beste løsning i forhold til å hindre barnedødelighet blir valgt. Veiledning i spedbarnsernæring til hiv-positive mødre antas å kunne redusere smitterisiko og begrense barnedødelighet (WHO/UNAIDS/UNFPA/UNICEF 2010).

Verdens helseorganisasjon har stadig videreutviklet retningslinjer for spedbarnsernæring ved hiv i ressursbegrensede settinger. Tidlige retningslinjer anbefalte bruk av morsmelkerstatning. Mødre unngikk amming, noe som blant annet i Malawi førte til en signifikant stigning i spedbarnsdødelighet relatert til diaré tidlig på 2000-tallet. Retningslinjer ble endret i retning av at helsepersonell skulle vurdere hver enkelt mors tilfelle slik at mødre med god økonomi og gode sanitære forhold burde gi barna morsmelkerstatning mens andre burde amme eksklusivt i 6 måneder. Uklarheten i dette er

noe moderert i de nyeste retningslinjene for veiledning i spedbarnsernæring som sier at en må vurdere hvert enkelt tilfelle, og mor selv skal bli informert om alternativer hun har, men det brede, generelle rådet for alle kvinner i ressursbegrensede settinger er likevel å utelukkende amme i 6 måneder før rask overgang til annen føde. Internasjonale retningslinjer har på denne måten representert en helomvending på få år, som følge av økt kunnskap i et raskt utviklende fagfelt (Coovadia et al. 2007; Tuthill, Chan og Butler 2015).

Alternativet mellom fullamming og morsmelkerstatning kan vurderes ut fra disse forholdene: 1) Bruk av morsmelkerstatning må være akseptabelt, gjennomførbart, rimelig [affordable], bærekraftig og trygt; 2) Mor må få oppfølging og støtte; og 3) Det valgte ernæringsalternativet må være hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle (WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS 2010).

Helsepersonell, spesielt sykepleiere og jordmødre, har en fremtredende rolle i veiledning og støtte. Internasjonale føringer for veiledning i spedbarnsernæring har blitt uttrykt slik:

Listen to her,  
Help her to understand the choices that she has to make  
Help her to understand what to do, and  
Help her to develop confidence to carry out her decision. [...]  
A counsellor does NOT make a decision for a woman, nor push  
her towards a particular course of action, nor enforce a health  
policy” (WHO/UNAIDS/UNICEF 2000, 2).

### *Betydning av kontekst*

Spedbarnsernæring, spesielt amming, har en rik symbolsk betydning i ulike kulturer. Som følge av enkelte selskapers interesse av å selge erstatningsmelk har offentlig helsehistorie i subsaharisk Afrika vært preget av krise på grunn av den utbredte bruken av morsmelkerstatning i det 20. århundre. Amming er i dag normativt de aller fleste steder, men oppfatninger rundt amming og morsmelkerstatning er heterogene og formet av lokale kulturer (Lindstrand et al. 2006).

Hiv har symbolske betydninger knyttet til døden, sex, og moral, med nyanser i ulike kontekster (Baxen og Breidlid 2009). Hiv-smitte er knyttet til stigma, selv om holdningene

har endret seg litt der ARV-behandlinger er tilgjengelig. Selv om moralsk anklage kan skje mindre hyppig forekommer fremdeles sosial avvisning, ofte knyttet til sosial og økonomisk nød. Forskning i afrikanske settinger viser at dette påvirker mødres spedbarnsernæringspraksis (Doherty et al. 2006; Tuthill, Chan og Butler 2015). Symbolske og praktiske betydninger kan også påvirke helsepersonells tolkninger av hiv-forebyggende alternativer, og av veiledning i spedbarnsernæring (Tuthill, Chan og Butler 2015).

Kvinner i subsahariske settinger kan befinne seg i et økonomisk avhengighetsforhold til sine ektemenn. Kvinner kan ofte ha en lavere sosial status. Dette kan ha betydning i forhold til å ta beslutninger, og dermed for hiv-risiko (Baxen og Breidlid 2009).

## **2.3 Veiledning**

Det er mange definisjoner av veiledning. Til tross for et økende fokus på dialog og pasientmedvirkning er den vanligste veiledningsmodellen i praksis «ekspert-mottaker» - modellen, der en ekspert avgjør hva som er best for pasienten. I spennet mellom dialog og paternalisme blir 'valg' et sentralt tema i debatten om sykepleier-pasient samhandling i globale helseprogrammer.

### **2.3.1 Veiledning som dialog**

Folkehelsearbeid som fokuserer på dialog og pasientmedvirkning vinner stadig terreng (Mæland 2010). Paolo Freire (1921-1997) har hatt betydning for både Verdens helseorganisasjons folkehelse-ideologi og moderne veiledningsteori gjennom sitt fokus på bevisstgjøring (conscientização). Empowerment er et sentralt konsept i forlengelsen av Freires prinsipp. Medvirkning, brukeren som ekspert på seg selv og maktfordeling står sentralt i empowerment-tenkningen (Mæland 2010).

Likeledes fremhever moderne veiledningsteori likeverdig dialog. Tveiten (2008) beskriver dialog som hovedformen i veiledning. En god dialog kjennetegnes av likeverdighet mellom partene, gjensidig respekt og aksept, sier hun. Dialogen skal legge til rette for at fokuspersonen selv oppdager, lærer og utvikler seg i retning av å ta ansvar for egen helse. Det som skjer i veiledningsdialogen mellom helsearbeider og klient, har derfor stor

betydning. Kompleksitet i helsepersonells veiledning skjer i spenningsfeltet mellom pasientmedvirkning og ekspertpåvirkning (Tveiten 2008).

Veiledning kan med andre ord defineres som en form for samarbeid. I dette samarbeidet er det to eksperter, veilederen er ekspert på veiledning og på faglig innhold, mens fokuspersonen er ekspert på seg selv og sin opplevelse. Veiledning handler slik om at begges ekspertkompetanse kommer til uttrykk slik at fellesforståelsen for fokuspersonens anliggende øker (Tveiten 2008).

### **2.3.2 Ekspert-mottaker modellen**

En motsats til empowerment-tankegangen i veiledning er «ekspert-mottaker» -modellen. Denne kjennetegnes i likhet med paternalisme (Beauchamp og Childress 2009) av at helsearbeideren avgjør hva som er best for klienten. Selv om den paternalistiske modellen kan være sett på som utdatert, hevder blant annet Roter og Hall (2006) at denne fortsetter å representere den vanligste modellen for sykepleier-pasient forholdet globalt.

Freire (1970) kalte denne type veiledning for “banking education” og beskrev det som når en kunnskapsrik ekspert overfører kunnskap til elever slik en person gjør innskudd av kontanter på en bankkonto. Bank-modellen ble sett på som statisk, enveis, og forsterket kraften til den sakkyndige, både som en kilde til kunnskap og i ekspertens rolle til å replikere denne kunnskapen (Freire, 1970; Zandoni, 2013).

### **2.3.3 Informert valg**

I de siste tiårene har en økende vekt på pasientrettigheter og pasientinvolvering i helsevesenet utviklet seg globalt. I denne sammenheng har pasientvalg blitt et sentralt begrep og en kjerneverdi i helsevesenet, og et sentralt tema i helseetikk. I Norge har sykepleiere føringer for praksis gjennom yrkesetiske retningslinjer. Disse sier at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie og retten til å være medbestemmende. Det vil blant annet si at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

Sykepleieren skal ha respekt for pasientens rett til selv å foreta valg eller å frasi seg sin selvbestemmelse (Norsk sykepleierforbund 2011).

Pasienters rettigheter til informasjon, pasientsentrert veiledning og individuelle valg er plassert i kjernen av internasjonale retningslinjer for hiv og spedbarnsernæring (WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS 2010). Hvordan pasientmedvirkning og informert valg blir gjennomført og opplevd i ulike helsesystemer og kulturelle kontekster er av økende interesse. Spedbarnsernæring og -veiledning til hiv-positive kvinner møter spesielle utfordringer knyttet til valg.

For å være i stand til å delta i beslutninger og gjøre informerte valg trenger pasienter å få tilstrekkelig informasjon av helsepersonell. God pasientomsorg kan imidlertid defineres som å ta ansvar og beslutninger for pasientene fordi de er syke og mangler evne til å ta gode beslutninger for seg selv (Mol 2008).

En tilnærming til veiledning som fokuserer på pasientmedvirkning og informert valg passer ikke nødvendigvis alle kategorier av pasienter eller sammenhenger, sier Mol (2008). Hun presenterer en kritikk av filosofien om pasientens valg i helsevesenet, og hevder at valg kan skje på bekostning av omsorg. Hun skriver at “valg kan være et flott ideal, men bare i situasjoner der folk faktisk er i stand til å ta egne valg. Når de er pasienter, mangler folk ofte denne evnen” (Mol 2008, 6). Mol hevder at ideen om pasientens valg i helsevesenet og behandling av pasienten som en forbruker av tjenester og informasjon er i strid med god pasientbehandling.

### **3.0 Metode**

Oppgaven skal i følge retningslinjene for Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2014) utføres som en systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman (1997) definerer en systematisk litteraturstudie som en studie som tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning. En forutsetning er at det finnes nok studier av god kvalitet som kan utgjøre basis for vurderinger og konklusjoner (Forsberg og Wengström 2013).

Arbeidsprosessen besto av flere faser som delvis løp parallelt. 1. Vi leste bakgrunns litteratur og begrunnet hvorfor studien er aktuell. 2. Vi formulerte en hensikt. 3. Vi laget en tidsplan for den videre prosessen. 4. Vi bestemte oss for søkeord og -strategi ved hjelp av PICO-skjema. 5. Vi gjorde en rekke søk, identifiserte og valgte ut artikler. 6. Vi kvalitetsvurderte relevante artikler og valgte ut ti som skulle inngå. 7. Vi kartla og systematiserte relevante funn. 8. Vi analyserte og diskuterte resultat. 9. Vi trakk til slutt konklusjoner (Forsberg og Wengström 2013).

### **3.1 *Datainnsamling***

Innsamling av data ble gjort gjennom litteratursøk i flere elektroniske databaser samt gjennom manuelle referansesøk. Relevante artikler ble kvalitetsvurdert, herunder en vurdering av hvorvidt etiske hensyn var ivaretatt.

#### **3.1.1 Litteratursøk**

Vi søkte hovedsakelig gjennom databasene OVID Medline, OVID PsycInfo og CINAHL. Disse omfatter tidsskrifter innen sykepleie, psykologi, medisin og helse. Først utførte vi prøvesøk og utarbeidet deretter et mer detaljert PICO-skjema samt et konsentrert søk i samarbeid med bibliotekar (Vedlegg I og andre søk i Vedlegg II). Søkene ble begrenset til å gjelde «spedbarn (fra fødsel til 23 måneder),» da vi slik utelot studier på ernæring ved hiv til andre aldersgrupper. Søkene ble også begrenset til publikasjoner på engelsk, norsk, dansk og svensk, gjort mellom 2008 og «i dag.» Praksisfeltet endrer seg raskt (Coovadia et al. 2007; Thorkild Tylleskär, personlig meddelelse per mail 19.2.15), og det var ønskelig med nyere forskning.



*Inklusjonskriterier* var 1. Vitenskapelige artikler publisert i nivå 1- eller 2- tidsskrift (NSD 2015) 2. Studier gjort i Afrika sør for Sahara. 3. Studier som omhandlet praksis på helseinstitusjoner/klinikker. 4. Studier som omhandlet formelt utdannet helsepersonell. 5. Studier som presenterte praktiserende helsepersonells egne betraktninger.

*Eksklusjonskriterier* var 1. Veiledning i spedbarnsernæring når både mor og barn har hiv. 2. Studier som omhandlet 'peer counsellors' og lekfolk.

For å strukturere problemstillingen på en hensiktsmessig måte og å identifisere aktuelle søkeord benyttet vi et PICO-skjema (Nortvedt et al. 2007). P=Population/ problem.

I=Intervention. C=Comparison. O=Outcome. Problemstillingen vår spør ikke etter en sammenligning av tiltak, derfor utelukket vi C. Vi brukte *AND* og *OR* mellom søkeordene for å tilspisse søket. Bruk av *AND* mellom søkeord gir et smalere resultat, mens *OR* gir et bredere resultat (Forsberg og Wengström 2013). I det følgende beskrives PICO (Vedlegg I) relatert til hovedsøket (andre søk i Vedlegg II).

P – «Problemet» var spedbarnsernæring når mor har hiv, i Afrika sør for Sahara. Da helsepersonells veiledning ikke kan rettes mot spedbarn anså vi søkeord som «mor» og «mødre» som unødvendige. Under «P» satte vi søkeordene HIV\* *OR* human immunodeficiency virus\* *AND* nutritio\* *OR* feed\* *OR* lactati\* *OR* breastfe\* *OR* breast fe\* *OR* milk\* *OR* milk substitut\* *OR* infant formula\* *AND* [navn på alle land i Afrika sør for Sahara, med *OR* i mellom]\* *OR* Africa\* *OR* sub-Saharan Africa\* *OR* Africa south of the Sahara\* *OR* southern Africa\* *OR* eastern Africa\* *OR* western Africa\*.

I – «Intervensjonen» var helsepersonells veiledning. Vi satte inn søkeordene nurs\* *OR* health care worker\* *OR* health care personnel\* *AND* counsel\* *OR* guid\* *OR* communicati\* *OR* inform\* *OR* patient educ\*.

O – «Utfallet / Målet» med veiledningen var forebygging av vertikal smitteoverføring mellom mor og barn, og vi var ute etter helsepersonells erfaringer fra veiledningen. Under «O» satte vi PMTCT *OR* Prevention of Mother To Child Transmission\* *OR* infect\* *AND* experienc\* *OR* challeng\*.

Vi brukte trunkering på alle hele eller forkortede ord, med unntak av PMTCT som er en forkortelse for «Prevention of Mother To Child Transmission.» Ved bruk av trunkering av ord som experienc\* kunne søket inkludere alle treff som inneholdt grunnstammen av ordet. «Experiences,» «experienced» og «experiencing» ble slik automatisk inkludert. Vi brukte fritekst-ord, og eksploderte noen av dem for å se synonymer og bredere betydning. Ved bruk av MeSH-termer (Medical Subject Headings) i tillegg sørget vi for at synonymer for enkelte av søkeordene ble tatt med, noe som ville gi flere treff (Se vedlegg II). For eksempel, i kombinasjon med friteksten «infant formula\*» brukte vi MeSH-terminene «Milk Substitutes/» og «Infant Formula/.» Bruk av MeSH-termer er i tråd med anbefalingene til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006).

Hovedsøket i OVID Medline ga 112 treff. Vi konverterte søket inn i andre OVID databaser med færre treff. Vi leste gjennom alle 112 titler, 32 sammendrag, og samlet 17 artikler i en egen mappe til grundigere gjennomlesning. Etter senere kvalitetsvurdering endte vi opp med fire artikler fra dette søket som vi ville inkludere. Dette var et godt søkeresultat sammenlignet med tidligere søk. Ett prøvesøk resulterte også i fire inkluderte artikler (Første søk i Vedlegg II), én av disse artiklene kom også opp i hovedsøket. Syv artikler ble altså funnet gjennom de to vedlagte databasesøkene. Manuelle referansesøk ble foretatt parallelt, og tre artikler ble funnet slik. Manuelle referansesøk ble gjort gjennom lesning av referanselister til originalartikler og review-artikler som kom opp i databasesøk og gjennom google scholar.

### **3.1.2 Kvalitetsvurdering**

Etter å ha lest og ekskludert mange artikler endte vi opp med 12 som vi anså som mulige å inkludere. Vi fordelte dem mellom oss og benyttet en sjekkliste for kvalitetsvurdering av kvalitative artikler utarbeidet av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) (Vedlegg V). Ut fra sjekklisten skulle kvaliteten på artiklene avgjøres ut i fra ni spørsmål relatert til blant annet formål, design, utvalg, datasamling, analyse, fortolkning og etikk. Når vi gikk gjennom artiklene med spørsmålene foran oss bestemte vi oss for å ekskludere 2 artikler. De resterende artiklene vurderte vi til å være av god kvalitet. De er publisert i nivå 1- og 2- tidsskrifter, som innebærer at de offisielt er regnet som vitenskapelige artikler (NSD 2015).

Etter kvalitetsvurdering inkluderte datamaterialet til slutt ti vitenskapelige artikler som rapporterte om helsepersonells erfaringer med spedbarnsernæringsveiledning og som møtte inklusjonskriteriene. Artikkene inkluderte kvalitative studier og én blandet-metode studie. De kvantitative data fra den sistnevnte studien omhandlet mødres praksis, og vi har ekskludert disse da de ikke relaterer til hensikten vår. Artikkel-opplysninger ble etter Forsberg og Wengströms (2013) anbefaling systematisert og satt inn i en tabell (Vedlegg III).

### **3.1.3 Etske hensyn**

Forskning blir stadig konfrontert med krav til etske hensyn og moralsk integritet. I Norge har Nasjonal forskningsetisk komité for medisin og helsefag publisert en rekke prinsipper for etsk forskning (NEM 2009). Ett generelt forskningsetisk prinsipp handler om frivillig deltakelse basert på et informert samtykke. Et annet er at deltakerne skal beskyttes ved at forskeren lover at all informasjon skal behandles konfidensielt og anonymiseres ved publisering (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2010).

Det er innhentet etsk godkjenning fra etske komiteer i syv av de inkluderte artikkene. I tre er dette ikke nevnt. Syv av studiene har beskrevet at informantene er informert skriftlig og/eller muntlig og at det er innhentet informert samtykke. I en av artikkene fikk sykepleiere en liten sum som de kalte «transportpenger» for å delta som respondenter, og dette kan ha vært med på å påvirke hvem som takket ja til å delta, av økonomiske årsaker. Vi har vurdert studien til å ivareta etske hensyn og at transportpenger var til hjelp for både forskere og respondenter.

Det har vært viktig for oss at litteraturstudien vår skulle bygge på etske prinsipper om at mennesket skal beholde sin verdighet og autonomi. I en systematisk litteraturstudie er det nødvendig med en refleksiv holdning (Forsberg og Wengström 2013). Vi har forsøkt å være oss bevisst at vi ikke skulle «styre» datamaterialet for mye. Vi har beholdt sitater på engelsk og ellers forsøkt å gjengi respondenter på en korrekt måte. Vi har reflektert over at kontekster er ulike og at det kan være problematisk å skulle generalisere.

### 3.1.4 Analyse

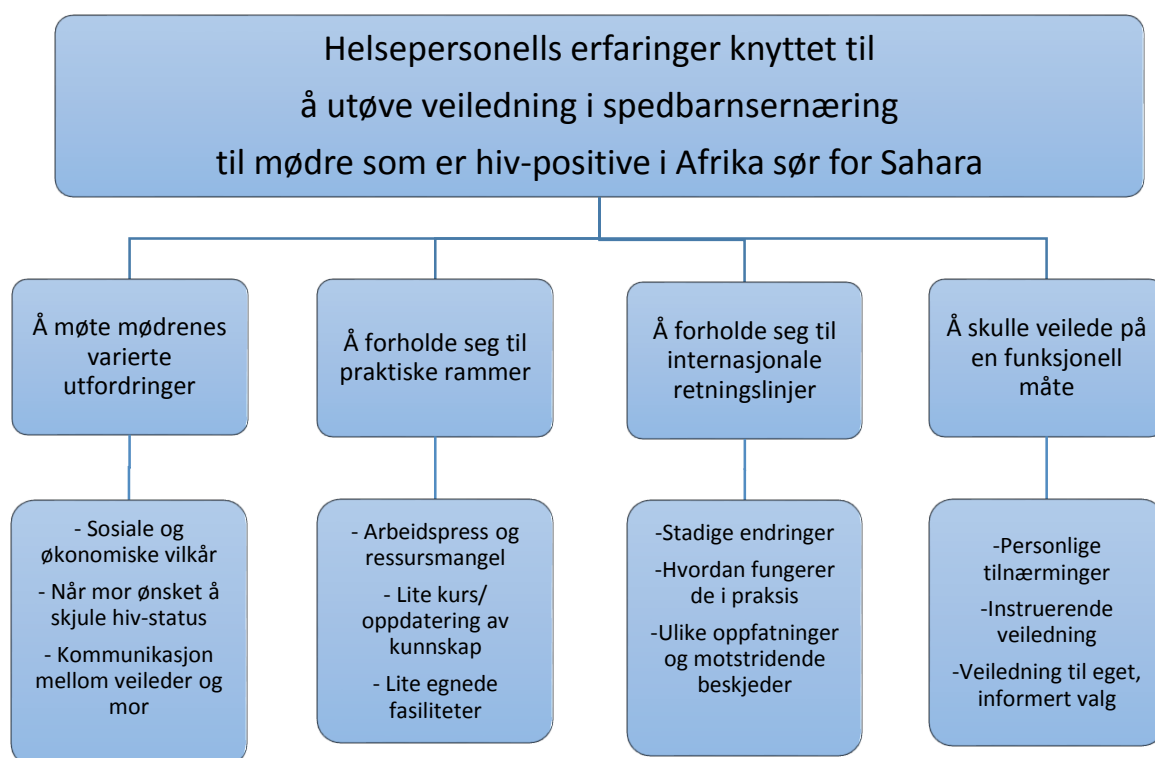
Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp det undersøkte i mindre biter og studere bitene. Deretter begynner syntesen. Syntesen innebærer å sette sammen deler til en helhet. Analysearbeid betyr slik å dele opp det undersøkte for så å sette det sammen på en ny måte (Forsberg og Wengström 2013). Refleksjon rundt egne forforståelser er viktig. Vi produserer et resultat gjennom måtene vi ordlegger oss (Bryman 2004). Vi har reflektert over hvordan vi produserer vår egen fremstilling gjennom kategorisering og begrepsbruk i teksten vår.

I samsvar med Evans (2002) utførte vi analysearbeidet i fire steg. I den første fasen samlet vi inn datamaterialet. Gjennom søkeprosessen, kvalitetsvurderingen, eksklusjons- og inklusjonskriterier ble 10 artikler inkludert. Artikkene ble merket med forbokstavene i etternavnet til de 2 første forfatterne av studien og sortert alfabetisk.

I den andre fasen identifiserte vi nøkkelfunnene i hver artikkel (Evans 2002). Vi leste gjennom alle artikkene, med fokus på resultatdelen, og skrev ned funn som vi mente var relevante for litteraturstudiens hensikt. Dette er i tråd med Evans' (2002) anbefalinger om å redusere tekstens volum for å sitte igjen med hovedessensen. Resultatene ble oversatt fra engelsk til norsk underveis. Vi gikk gjennom hver artikkel og sammenlignet funnene vi hadde skrevet ned. Funnene, slik vi systematiserte dem, er kartlagt i en tabell (Vedlegg IV).

I den tredje fasen identifiserte vi gjennomgående tema på tvers av studiene som var knyttet opp mot hensikten (Evans 2002). Dette gjorde vi gjennom samtale og tegning av tankekart. Vi kom frem til 4 hovedtema. Under disse satte vi opp undertemaer (Figur 1).

I den fjerde fasen beskrev vi fenomenene ved å lage vår egen tekst. Vi gikk stadig tilbake til artikkelstudiene for å sjekke nøyaktigheten i beskrivelsene våre. Til slutt diskuterte vi fenomenene ved å supplere med annen forskning på området (Evans 2002).



Figur 1. Hoved- og undertema vi kom fram til gjennom analysearbeidet.

## **4.0 Resultat**

Å veilede og undervise i spedbarnsernæring til hiv-positive mødre ble beskrevet som en utfordrende oppgave (Buskens og Jaffe 2008; Desclaux og Alfieri 2009; Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007; de Paoli et al. 2008; Våga et al. 2014).

### **4.1 Å møte mødrenes varierte utfordringer**

Det var flere steder lagt opp til at veiledningen i spedbarnsernæring skulle skje umiddelbart etter at moren hadde fått testresultatet som sa at hun hadde hiv. Mødre ble da forventet å gjøre en beslutning i forhold til spedbarnsernæring mens de var inne i et følelsesmessig kaos fra nyheten om sin hiv-status (Buskens og Jaffe 2008; Leshabari et al. 2007; de Paoli et al. 2008).

#### *Sosiale kontekster*

Sosiale kontekster førte til at mødre ofte ikke etterlevde råd som ble gitt i veiledningen. Helsepersonell uttrykte at det var vanskelig å skulle gi råd i tråd med retningslinjer når de visste at kulturelle normer ville gjøre at rådene ikke kom til å bli fulgt (Buskens og Jaffe 2008; Desclaux og Alfieri 2009; Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007; de Paoli et al. 2008; Våga et al. 2014).

#### *Når mor ønsket å skjule at hun hadde hiv*

Mange av helsearbeiderne erfarte at avsløring av hivstatus var en stor utfordring i forhold til å veilede for optimal spedbarnsernæring. De erfarte at mødre ikke sa sannheten hjemme i familien og/eller i veiledningsmøtene med dem, og det var vanskelig å utøve funksjonell veiledning (Chinkonde et al. 2010; Fadnes et al. 2010; Jennings et al. 2013; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007).

Helsepersonell beskrev at et uheldig utfall av at kvinnene skjulte hivstatus hjemme var at det økte sjansen for blandet mating betraktelig (Chinkonde et al. 2010; Fadnes et al. 2010; Jennings et al. 2013; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007). En sykepleier i Tanzania understreket dette:

Formula feeding is easier if the baby's father knows the mother's hiv status and supports her decision. But stigma and secrecy surrounding HIV/AIDS lead most women not to disclose their HIV status (Leshabari et al. 2007, 6).

Involvering av mannlig partner var imidlertid et økende fokus i PMTCT programmer (Chinkonde et al. 2010; Jennings et al. 2013). I studien til Jennings et al. (2013) brukte helsearbeidere mobiltelefon for å involvere ektemenn i arbeidet med å unngå vertikal smitte. Helsepersonell sendte sms-meldinger til de mannlige partnerne med oppfordring om å snakke om hiv og eventuell hiv-status hjemme. Helsepersonell erfarte at slike meldinger var til god hjelp for kvinnene, at det ble lettere for dem å snakke med ektemannen om sin hiv-status. Dette gjorde også PMTCT arbeidet lettere.

#### *Økonomiske vilkår*

Helsepersonell erfarte at det kunne være vanskelig for kvinner å få penger fra mannen sin til morsmelkerstatning, eller at de levde under så dårlige forhold at de ikke kunne lage og oppbevare morsmelkerstatning på en forsvarlig måte (de Paoli 2008). Sykepleiere i Tanzania kommenterte at morsmelkerstatning vanligvis var tilgjengelig i nærliggende områder, men at det var altfor dyrt for de fleste mødre (Våga et al. 2014).

Fattigdom og dårlig ernæring kunne føre til manglende morsmelk-produksjon hos mødrene (Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007). En sykepleier i Tanzania sa:

Most women do not have enough food to have sufficient breast milk for the babies after two to three months. It is a waste of time preaching exclusive breastfeeding of a baby at that age – they will mix feed anyway (Leshabari et al. 2007, 5).

I tilfeller der mødre ikke hadde råd til å kjøpe morsmelkerstatning, syntes helsepersonell dette var vanskelig å håndtere. “[...] you find that the food the mother have at home is really not opted for the child - so you really fail to understand how to help them out of their situation” (Fadnes et al. 2010, 6).

### *Kommunikasjon mellom veileder og mor*

Kommunikasjonen i veiledningsmøtene kunne bære preg av å være «en dialog hvor veileder og mor snakket forbi hverandre» (Buskens og Jaffe 2008, 342). Mens veilederne kunne fokusere på folkehelseformålet med veiledningen, kunne veiledningen bety noe helt annet for mødrene, som ofte så på veiledningen som en konsultasjon (Buskens og Jaffe 2008).

Veiledningen kunne føles som en demotiverende opplevelse (Buskens og Jaffe 2008). På den annen side, når mor var interessert i å høre hva veileder sa, føltes dette som motiverende for veilederen (Fadnes et al. 2010).

## **4.2 Å forholde seg til praktiske rammer**

### *Arbeidspress og ressursmangel*

Mange helsearbeidere følte seg frustrert og slitne på grunn av høyt arbeidspress (Buskens og Jaffe 2008; Chinkonde et al. 2010; Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007). Mange ble pålagt ekstra arbeid og økt arbeidsmengde i forbindelse med innføring av PMTCT-programmer. På mange klinikker ble det ikke ansatt flere helsepersonell til tross for den økende arbeidsmengden og det økende antallet pasienter (Chinkonde et al. 2010, Fadnes et al. 2010, Leshabari et al. 2007).

Helsearbeidere som brukte mobiltelefon som arbeidsredskap i studien til Jennings et al. (2013) mente at dette var et godt redskap i PMTCT-arbeidet. Det ble sett på som viktig for å kunne spare tid, penger og unødvendige turer for både mødre og helsearbeidere.

### *Lite kurs / oppdatering av kunnskap*

Mange helsearbeidere klaget over mangel på kunnskap og/eller oppdatert kunnskap (ettersom retningslinjer endret seg) (Chinkonde et al. 2010; Chopra et al. 2009; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007). De var frustrerte over sin egen mangel på kompetanse. Noen fikk imidlertid delta på kurs og workshops i veiledning i spedbarnsernæring til hiv-positive mødre (Fadnes et al. 2010, Leshabari et al. 2007, Våga et al. 2014). Helsearbeidere som jobbet under frivillige organisasjoner i Malawi og Uganda fikk trening i kommunikasjonsferdigheter, noe som de mente hadde ført til bedre kvalitet på veiledningen (Chinkonde et al. 2010, Fadnes et al. 2010).



### *Lite egnede fasiliteter*

Lite egnede fasiliteter utgjorde en byrde for helsearbeiderne (Buskens og Jaffe 2008; Chinkonde et al. 2010; Chopra et al. 2009; Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007). Mange uttalte at de manglet demonstrasjonsmaterialer til å vise frem slik at mødre lettere skulle forstå budskapet (Chinkonde et al. 2010, Fadnes et al. 2010, Leshabari et al. 2007).

Flere helsearbeidere erfarte at de ikke hadde rom der de kunne snakke privat med mødre. Dette resulterte i at mødre vegret seg for å komme til veiledningstimene. En helsearbeider i Uganda sa: “Sometimes mothers are willing to be counselled but we have a problem of counselling rooms, we don’t have any privacy” (Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007, 272). I Jennings et al. (2013) ble det poengtert at det var en fordel å ha samtaler med mødre gjennom mobiltelefonen, da slapp de å sitte i rom der uvedkommende godt kunne høre hva det ble snakket om. Dermed ble mødre beskyttet fra at sensitiv informasjon kom ut (Jennings et al. 2013).

### ***4.3 Å forholde seg til internasjonale retningslinjer***

Helsepersonell i alle studiene forholdt seg til internasjonale retningslinjer direkte eller indirekte, i tillegg til nasjonale og lokale føringer (Buskens og Jaffe 2008; Chinkonde et al. 2010; Chopra et al. 2009; Desclaux og Alfieri 2009; Fadnes et al. 2010; Jennings et al. 2013; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007; de Paoli et al. 2008; Våga et al. 2014).

Det var vanskelig å forholde seg til de internasjonale retningslinjene da de stadig ble endret (Chinkonde et al. 2010; Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007; de Paoli et al. 2008; Våga et al. 2014).

En helsearbeider i Malawi mente at å endre praksis etter nye retningslinjer kunne undergrave tilliten til sykepleiere.

If we change the guidelines now, mothers will lose trust in us. They will think that we advise them based on what goes on in our heads without considering the consequences (Chinkonde et al. 2010, 6).

Helsepersonell ytret ønske om å kunne delta i utforming av internasjonale anbefalinger for praksis.

The new recommendations are not good for Malawi. When making these policies, they should consult us; we can advise them better since we are the ones who deal with these mothers (Chinkonde et al. 2010, 7).

I Tanzania uttrykte også sykepleiere et ønske om medvirkning og innspill fra PMTCT helsepersonell i revidering av retningslinjer (Våga et al. 2014). En sykepleier fortalte at hun hadde vært på et seminar. Der fikk de beskjed om at de skulle fortelle mødrene om alle alternativer innen spedbarnsernæring. Hun uttrykte seg slik:

I knew that this wouldn't work in our area, so I said nothing. The people who run these seminars don't know about the situation in our area, so they can't tell us what to do (Våga et al. 2014).

#### *Ulike oppfatninger og motstridende beskjeder*

Noen veiledere understreket at hiv kan overføres gjennom amming, mens andre fokuserte på den positive effekten av eksklusiv amming. Dette førte til at mødre kunne bli forvirret. Enkle beskjeder kunne bli vanskelige å forstå, for eksempel når beskjedene "Amming er en måte barnet ditt kan bli smittet på" og "Eksklusiv amming er en måte du kan unngå å smitte barnet ditt" ble gitt innen noen få minutter eller et par dager uten videre utdypning (Desclaux og Alfieri 2009, 825). Helsepersonell uttrykte frustrasjon over at kollegaer ofte ga motstridende råd (Fadnes et al. 2010, Buskenes og Jaffe, Chinkonde et al. 2010, Chopra et al. 2010). I Malawi uttrykte en veileder:

Everyone is doing what they feel is best. We use the infant feeding policy of promoting exclusive breastfeeding followed by rapid cessation at six

months. Baylor encourages breastfeeding until one year. Our messages contradict with each other. We are conveying mixed messages to the mothers. What will they follow? (Chinkonde et al. 2010, 5).

En jordmor i Burkina Faso hadde meninger rundt hva som var best praksis. «Breastfeeding is for mothers who do not have money. If the mother has money, she must give formula» (Desclaux og Alfieri 2009).

Det var usikkerhet rundt innholdet i internasjonale retningslinjer. Ikke minst uttrykte helsepersonell usikkerhet i forhold til å skulle avgjøre hvorvidt amming var akseptabelt, gjennomførbart, rimelig, bærekraftig og trygt (WHO/UNAIDS/UNFPA/UNICEF 2010) for den enkelte moren. Dette resulterte i disharmoni i rådene som ble gitt. En helsearbeider i Zambia sa: «We tell all mothers to stop breastfeeding at six months.» En annen sa: «We only stop mothers from breastfeeding when it is safe to do so» (Chopra et al. 2010, 2326).

#### ***4.4 Å skulle veilede på en funksjonell måte***

##### *Personlige tilnærminger til veiledningen*

Mange hadde personlige tilnærminger og/eller veiledet ut fra personlige oppfatninger. Helsearbeidere hadde pragmatiske tilnærminger til veiledningen, vel vitende om at mange mødre hadde utfordringer knyttet til gjennomførbarhet (Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007; Buskens og Jaffe 2008; de Paoli et al. 2008; Chopra et al. 2009; Desclaux og Alfieri 2009; Chinkonde et al. 2010; Fadnes et al. 2010; Våga et al. 2014).

Ved ett eksempel ble en kvinne veiledet til hvordan å fortynne kumelk og koke vann for babyen når hun måtte forlate barnet på dagtid og ikke kunne klare eksklusiv amming. Helsepersonell kunne også mobilisere ekstra undervisningskapasitet i enkelttilfeller (Fadnes et al. 2010). «Sometimes when a mother comes with a child who is malnourished, we have to health-educate that mother» (Fadnes et al. 2010, 4).

Helsepersonell var bekymret for tidspunktet for veiledningen, da den skulle foregå rett etter at mødrene hadde fått vite om sin hiv-status (Buskens og Jaffe 2008, Leshabari et al. 2007). De lurte på om mødrene ville være i stand til å forstå eller fordøye ytterligere informasjon etter en slik rystende beskjed. Helsearbeiderne oppfattet imidlertid denne

rutinen som vanskelig å endre siden den var vedtatt av sykehusledelsen. “It has been done like this from the beginning of the programme and there is no way we can change it. It was planned by the hospital management and we were not involved” (Leshabari et al. 2007, 7).

#### 4.4.1 Instruerende veiledning

Veiledningen bar ofte preg av instruksjon (Buskens og Jaffe 2008; Desclaux og Alfieri 2009; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007; de Paoli et al. 2008; Våga et al. 2014). En slik veiledningsform var den hyppigst rapporterte.

Hvis mødrene ikke etterlevde rådene de ga, var helsepersonell bekymret for at de risikerte å få skylden for utfallet. De kunne føle seg både stresset og deprimert fordi mødrene ikke ‘fulgte instruksjer’ og dermed satte livene til barna deres på spill (Buskens og Jaffe 2008). Sykepleiere mente at de hadde et *ansvar* for å vite hva som ville være best for pasientene (Leshabari et al. 2007).

Helsepersonell i Burkina Faso hevdet at det var best å gi klare, konkrete beskjeder som var tilpasset mødrenes individuelle økonomiske situasjon, slik personellet vurderte den til å være. De motsatte seg å åpne for individuelle valg mellom utilgjengelige alternativer som ville, ifølge dem, resultere i en forverring av kvinnenens livssituasjon ved å la dem oppfatte sin egen maktesløshet. Helsepersonell utførte normativ veiledning i situasjoner som ble ansett å være drevet av begrensninger mer enn av valg (Desclaux og Alfieri 2009).

Helsepersonell uttrykte at mødre forventet å få klare beskjeder. Følgende sitat fra en sykepleier illustrerer: “When we don’t give them a straight answer, they doubt our knowledge, saying nurses do not know much nowadays. We look like fools” (Leshabari et al. 2007, 6).

Ved ett sykehus i Tanzania (Våga et al. 2014) forklarte sykepleiere at de ble opplært til å gi kongruente, klare beskjeder i en retning. Sykepleierne likte denne tilnærmingen. Enkelte ga et instruerende budskap på en kunstferdig måte. En jordmor i Kamerun (Desclaux og Alfieri 2009, 824) sa: “For the ones who don’t have money, I will request, not request, propose with their consent, that they breastfeed until four months.”

### *Forenkling av kunnskapsinnhold*

Helsepersonell hadde en tendens til å forenkle meldinger og overdrive perspektiver på bekostning av andre perspektiver i veiledningen. Et illustrerende sitat fra en veileder var: “When a mother is HIV-positiv and breastfeeds her child, the child is likely to catch HIV” En tilsvarende forenklet beskjed fra en annen veileder var: “If you give any other feeds than breast milk, this means that the baby`s alimentary canal will be infected” (Fadnes et al. 2010, 6).

En overforenkling av beskjeder kunne føre til at helsepersonell overførte risikobegrepet til mødrene på en tvetydig måte. De kunne putte biomedisinske begreper inn i temaer som hadde med ansvar å gjøre, for eksempel når en veileder i Kamerun fortalte en mor: «You breastfeed but you must know that there is a risk. You won't say that I didn't tell you» (Desclaux og Alfieri 2009, 825).

Et annet forenklet budskap illustreres gjennom dette sitatet fra en sykepleier i Tanzania:

We have tried to ask mothers who have succeeded in exclusive breastfeeding and the baby is HIV- negative: ‘Would you mind bringing the baby to the seminar?’ In the seminar we tell the mothers who are breastfeeding ‘Do you see this child? It is negative because the mother followed instructions. Even you, if you follow instructions your child will be like this’ (Våga et al. 2014, 25).

#### **4.4.2 Veiledning til informert valg**

Som en motsats til den vanlige, instruerende stilen beskriver Fadnes et al. (2010) hvordan temaene som ble diskutert i veiledningsøktene også kunne komme fram i en interaktiv prosess. Mødrenes personlige formuleringer og historier ble verdsatt av veilederne. Denne veiledningsstrategien bar preg av dialog med spørsmål og svar fra begge hold.

Noen veiledere ga informasjon med det mål å styrke mødrene i å kunne ta sine egne valg (Buskens og Jaffe 2008; Fadnes et al. 2010; Våga et al. 2014). Veiledere i konteksten i Uganda kunne legge arbeid i å støtte mødre i å finne sin egen beslutning. En helsearbeider

beskrev mødrene slik: “They have the potential, but they have not explored it. Our job is to open their minds” (Fadnes et al. 2010).

## **5.0 Diskusjon**

Hensikten med studien var å belyse helsepersonells erfaringer knyttet til å utøve veiledning i spedbarnsernæring til mødre som er hiv-positive i Afrika sør for Sahara. I dette kapitlet vil vi drøfte metode og resultat opp mot anvendt teori og konsekvenser for praksis. Vi har delt kapitlet opp i metodediskusjon og resultatdiskusjon.

### **5.1 Metodediskusjon**

Vi starter ikke med blanke ark når vi går løs på en oppgave. På forhånd har vi tanker om temaet vi har valgt og om hva vi tror vi vil finne ut (Dalland 2012). Vi har vært to i samarbeidet om en felles oppgave, og det har vært fint å kunne diskutere med hverandre underveis for å se temaer med den andres øyne slik at vi utvider forståelsen vår.

#### **5.1.1 Litteratursøk**

Å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier «ga seg selv» litt underveis. Vi ønsket å begrense det kulturelle området og satte «Afrika sør for Sahara» som inklusjonskriterium. Vi visste fra før at Afrika sør for Sahara er særskilt rammet av hiv/aids-pandemien. Vi så også at det var her det var gjort flest studier. Det kan utgjøre en svakhet at vi utelukket andre regioner da det kunne ha vært interessant å sammenligne erfaringer i en større kulturell utstrekning. På den annen side kan det slik bli veldig mye å gjøre rede for. Det fantes noen studier på uformell veiledning utenfor klinikker. Siden vi ønsket et sykepleieperspektiv satte vi «utdannet helsepersonell» og «i klinisk praksis» som inklusjonskriterier. Da hensikten vår etterspør erfaringer satte vi opp «helsepersonells egne betraktninger.» Siden målet med veiledningen er forebygging av smitteoverføring ekskluderte vi studier om ernæringsveiledning når barnet hadde hiv, da dette dreier seg om en litt annen problemstilling.

Vi la mye arbeid i å utarbeide PI(C)O-skjema med søkeord, og benyttet MeSH-termer i kombinasjon med fritekst-ord. Dette kan ha gjort hovedsøket vårt mer konsentrert i forhold til hensikten. En svakhet med hovedsøket vårt kan være at vi styrte søket i den grad at relevante artikler ble ekskludert. Vi kunne ha brukt enda andre søkeord og søkestrategi. Vi ser for eksempel at vi kunne inkludert jordmødre (midwi\*) i søkeordene i hovedsøket. Vi inkluderte imidlertid jordmødre i flere søk som vi foretok i etterkant av dette søket.

Det er godt mulig at vi ville funnet studier som kunne svart på en litt annerledes hensikt. Vi fant for eksempel flere studier med pasientperspektiv. Vi valgte likevel å ikke bytte perspektiv da vi syntes det var spesielt interessant hvordan sykepleiere jobber, også nettopp fordi det var gjort færre studier på dette. Vi ble anbefalt å ha ett perspektiv på grunn av oppgavens omfang. Vi kunne ha inkludert mødres erfaringer i hensikten for å belyse temaet enda mer, slik flere av originalstudiene har gjort. I fokuset vårt kommer likevel mødres erfaringer indirekte frem gjennom hvordan helsepersonell beskriver dem.

En av artiklene våre har både en kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Vi benyttet ikke kvantitative funn fra den aktuelle artikkelen fordi disse omhandler mødres praksis. Kvantitative funn kunne ha underbygget kvalitative, og omvendt, i litteraturstudien vår. Samtidig så vi det som mest funksjonelt å sammenligne funn der det var brukt samme eller lignende datasamlings-metoder. En av artiklene våre tar for seg funn fra Kambodsja, men det er gjort et tydelig skille mellom landene i studien, og det var mulig å ekskludere Kambodsja-funn.

Vi fant tilstrekkelig med artikkelstudier hvor lokale sykepleieres erfaringer og tanker var formidlet. To av artiklene er fra 2007 og to fra 2008. Vi anså disse artiklene som veldig relevante. Det at fire artikler var seks og syv år gamle på søketidspunktet kan representere en svakhet ved studien, spesielt siden fagfeltet er i rask utvikling. Samtidig anså vi tematikken som såpass interessant for sykepleien at vi valgte å gå videre.

Vi ser også at temaet vårt er et norsk interessefelt. I noen av artiklene er det norske medforfattere, og flere av disse jobber eller jobbet ved Universitetet i Bergen, Institutt for global folkehelse. Dette kan utgjøre en svakhet ved studien vår. På den annen side representerer studiene deres som regel forskningssamarbeid mellom forskere fra ulike institusjoner i ulike land, på tvers av kontinenter. Dette kan utgjøre en styrke da forskerne antakelig ser funnene forskjellig i lys av ulik bakgrunn.

### **5.1.2 Kvalitetsvurdering og etisk godkjenning**

At vi benyttet en standardisert sjekklister fra Kunnskapssenteret (2014) i kvalitetsvurderingen mener vi utgjør en styrke (Vedlegg V). Samtidig er vi ydmyke for at



vår erfaring med et systematisk litteraturstudie er begrenset og at vurderingen må ses med forbehold. Vi leste imidlertid begge to samtlige artikler og sammenlignet hverandres funn.

Det var hjelpsomt å kvalitetsvurdere artiklene. Det var ikke alltid gjort rede for hvordan respondenter ble valgt ut eller om/hvorfor noen valgte ikke å delta. Det var heller ikke alltid tydelig redegjort for trinnene i analysen. Likevel hadde de fleste artiklene gjort godt rede for framgangsmåten sin og vi valgte å stole på resultatene i alle studiene.

Alle artiklene er skrevet på engelsk og det må tas forbehold om at det kan forekomme feiltolkninger i oversettelsesprosessen. At noen av intervjuene i artiklene ble utført på morsmål og oversatt kan også være en svakhet, da funn kan ha bli tatt ut av sin sammenheng og mistolket. Vi var opptatt av å gjengi sitater fra originalstudiene korrekt og valgte å beholde sitater fra informanter på engelsk. Det gjengir ordlyden der intervjuet ble gjort på engelsk, og representerer ett ledd mindre i oversettelsesrekken der intervjuer ble gjort på et annet språk.

Gjennom skriveprosessen vår reflekterte vi over etiske hensyn på den måten at vi har gjort rede for kilder og har sitert på engelsk. Samtidig har vi reflektert over hvordan vi likevel styrer datamaterialet og konstruerer de og det vi beskriver.

### **5.1.3 Analyse og resultat**

I analysearbeidet fulgte vi Evans' (2002) fire faser. Vi leste gjennom materialet mange ganger begge to for å utvikle relevante temaer for analyse. Det krevde mye tid før temaer ble tydelig. Samtale og tegning av tankekart var hjelpsomt. Vi kunne kategorisert funnene på en annen måte. Vi kom fram til hoved- og undertemaer gjennom samtale og utprøving. Vi kunne også brukt andre begreper og overskrifter.

I forhold til å tolke andre menneskers erfaringer skrev antropologen Clifford Geertz at "What we call our data are really our own constructions of other people's constructions of what they and their compatriots are up to" (Geertz 1973, 9). Med dette mener han at kunnskap kan anses som både subjektivt og relativt. Våre egne forforståelser bidro til vårt valg av tema, vår utforming av hensikt, vårt teorivalg, våre tolkninger og analyse, og til slutt til våre konklusjoner (Bryman 2004). Selv i forsøket på å beskrive og tolke fenomen

så nært opp til «virkeligheten» som mulig vil andre kunne ha tolket og beskrevet våre funn på en annen måte.

I de inkluderte studiene er de fleste forskerne fra vestlige land som Norge og USA, men noen har afrikansk-klingende navn. Vestlige utdannings- og forskningsmodeller og -innhold er universalisert i stor grad (Hickling-Hudson 2014). Men om forskningen foregår i «nabolaget» eller i en fremmed kultur kan ha betydning for hvordan en forsker forstår datamaterialet (Bryman 2004; Hammersley og Atkinson 2007). I de fleste av studiene kom forskerne utenfra og var i nær kontakt med det daglige livet i settingen de studerte over en relativt lang periode. De har brukt etnografiske tilnærminger som deltakende observasjon, intervjuer og fokusgruppeintervjuer.

Etnografi legger ofte vekt på å analysere kulturelle aspekter gjennom en naturalistisk tilnærming og gjennom et emisk perspektiv (Alvesson og Sköldberg 2000; Bryman 2004). Noen ser det som en fordel å ha en kulturell distanse til gruppen en studerer – at forskerne kommer utenfra. Argumentene er da at en er fri fra bindinger og hensyn til det feltet som skal undersøkes, og at forskeren vil møte feltet med friske øyne. Ett motargument kan være at distanse ikke garanterer objektivitet, bare avstand (Dalland 2012). Å ha god kjennskap til konteksten kan gjøre at forståelsen blir dypere og at ord og uttrykk med lokal mening blir fanget opp. Vi har reflektert over at det er viktig å være ydmyk i forhold til at verken vi eller mange av forskerne kjenner til kontekstene som beskrives.

Hvilken informasjon har vi ikke fått gjennom vår framgangsmåte? Hva har metoden vår hindret oss fra å se, og hva har den overdrevet betydningen av? Dette er det vanskelig å svare på, derfor betydningen av å være så transparent som mulig. Vi har reflektert rundt muligheten for at noen av forskerne, og også vi, har overdrevet betydningen av visse funn, spesielt i forhold til internasjonale retningslinjer. Vi kan ikke vite om retningslinjer var et tema som helsepersonell tok opp uoppfordret eller om forskerne var spesielt opptatt av å få svar rundt dette.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Hensikten med studien var å belyse helsepersonells erfaringer knyttet til å utøve veiledning i spedbarnsernæring til mødre som er hiv-positive i Afrika sør for Sahara.

Spørsmål som kan stilles i lys av våre funn er: Hvordan kan helsepersonell ivareta god pasientomsorg under skiftende kontekstuelle forhold? Bør man veilede på ulike måter i kvalitativt forskjellige situasjoner? Våre funn viste at kontekstuelle rammevilkår representerte utfordringer og at veiledningen bar preg av dette.

### **5.2.1 Kontekstuelle faktorerers betydning for veiledningsform**

#### *Kontekstuelle faktorer*

##### **A. Mødrenes varierte kontekster som utfordring.**

I våre funn syntes mange helsearbeidere at det var vanskelig å skulle rådgi og veilede mødre etter spesielle retningslinjer når de visste at kultur og kontekst førte til at mødre ikke ville etterleve rådene de ga (Buskens og Jaffe 2008; Desclaux og Alfieri 2009; Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007; de Paoli et al. 2008; Våga et al. 2014).

Kvinner ønsket ofte å skjule at de hadde hiv, både hjemme og i fellesrom på klinikken. Mødre måtte finne på overbevisende grunner å fortelle sine partnere om hvorfor de trengte å avslutte amming så tidlig (Chinkonde et al. 2010; Fadnes et al. 2010; Jennings et al. 2013; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007). Dette kan forstås i lys av hiv/aids' symbolske betydninger som fører til stigma og sosial avvisning (Baxen og Breidlid 2009).

Økonomiske vilkår kunne vanskeliggjøre både amming og bruk av morsmelkerstatning. Noen kvinner kunne ha lite brystmelk på grunn av underernæring (Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007). Familier kunne ha så dårlig økonomi at de ikke hadde råd til morsmelkerstatning eller blandet erstatningspulveret med for mye vann (Fadnes et al. 2010; de Paoli 2008; Våga et al. 2014).

### B. Varierende ressursrammer som utfordring.

Erfaringer fra helsepersonell viste også betydningen av å ha tid nok til klientene, og å ha tilstrekkelig bemanning på jobb (Chinkonde et al. 2010, Fadnes et al. 2010, Leshabari et al. 2007). Mange av helsearbeiderne var frustrerte og følte seg slitne på grunn av høyt arbeidspress (Buskens og Jaffe 2008; Chinkonde et al. 2010; Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007).

Fasilitetene var ofte lite funksjonelle og det var lite informasjons- og demonstrasjonsmateriell de kunne bruke i veiledningen (Buskens og Jaffe 2008; Chinkonde et al. 2010; Chopra et al. 2009; Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007).

### C. Ulike internasjonale retningslinjer som utfordring.

Helsepersonell forholdt seg direkte eller indirekte til internasjonale retningslinjer i arbeidet sitt. Ofte utformet helsedepartementene i de ulike landene nasjonale føringer hvor de internasjonale retningslinjene inngikk. Mange rapporterte at det var vanskelig å vite hva som sto i retningslinjer for veiledningen da de ikke fikk oppdatert kursing eller informasjon (Chinkonde et al. 2010; Chopra et al. 2009; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007). Helsepersonell opplevde en mangel på faglig kompetanse (Chinkonde et al. 2010; Chopra et al. 2009; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007). Andre bemerket at retningslinjene ikke passet inn i den konteksten de skulle fungere i (Våga et al. 2014). Helsepersonell ønsket å kunne ta del i utforming av retningslinjer (Chinkonde et al. 2010).

#### *Instruerende veiledning eller veiledning til informert valg*

Paolo Freire (1921-1997) underviste voksne mennesker i Brasil i å lese og skrive. Han fremmet en likeverdig dialog mellom elever og lærere. Målet var at elevene ikke bare skulle lære seg å lese og skrive, men at de skulle oppnå en forståelse av seg selv som aktører i verden og i å endre sin egen undertrykte situasjon, som ofte var preget av fattigdom (Freire 1970). Empowerment-tankegangen bygger på lignende prinsipper og har vært sentral i WHO's moderne folkehelse teori (Mæland 2010).

Pedagogiske prinsipper som likeverdig dialog med spørsmål og svar fra begge hold står også sentralt i moderne veiledningsteori og har hatt stor innflytelse på praksis i Norge (Tveiten

2008). Veiledningen skal hjelpe klienter til å medvirke i egen behandling. Tveiten og Severinsson (2005) gjorde en undersøkelse av hva helsesøstre i Norge forsto med veiledning og hvordan de utførte den. Helsesøstrene oppsummerte veiledning som blant annet kontinuitet i relasjoner, refleksivitet i tilnærmingen, og å kommunisere med klienten om hans/hennes behov, problemer og bekymringer. Helsesøstrenes tilnærming til veiledning syntes å inkludere empowerment-aspekter som pasientmedvirkning og klienten som ekspert (Tveiten og Severinsson 2005).

Det er lite teori som fremmer instruerende former for veiledning. Instruerende veiledningspraksis i subsaharisk Afrika strider derfor imot sentral vestlig veiledningsteori. Våre funn beskriver hvordan veiledningen ofte bar preg av instruksjon (Buskens og Jaffe 2008; Desclaux og Alfieri 2009; Leshabari et al. 2007; Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007; de Paoli et al. 2008; Våga et al. 2014). I praksis bar veiledningen sjelden preg av likeverdig dialog og klientmedvirkning (Buskens og Jaffe 2008; Fadnes et al. 2010).

Helsepersonells utsagn som “I tell her,” “I am going to give her” og “they follow instructions” (Våga et al. 2014) indikerer at sykepleierne forventet at mødrene skulle gjøre som de ble fortalt. Det tyder på at de oppfattet forholdet som et hierarkisk forhold hvor sykepleiere besitter den kunnskapen som teller. I dette forholdet ble helsearbeideren en “giver” og moren en “mottaker.” En ekspert-mottaker-form for veiledning representerer ifølge Roter og Hall (2006) den vanligste formen for veiledning i praksis globalt.

Instruksjon må problematiseres. Personellet unnlot i mange tilfeller å presentere alternativer (oftest morsmelkerstatning) som kunne ha vært relevant for noen av kvinnene (Våga et al. 2014). Kvinner som hadde tilgang på rent vann, næringsrik mat, og gode sanitære forhold, kunne vurdert alternativer til amming som optimalt. Det kan være problematisk når helsepersonell, selv i beste mening, unnlater å informere klienten om anbefalte alternativer.

Instruerende praksis strider imot retningslinjer fra Verdens helseorganisasjon om at veileder skal «lytte til [moren], hjelpe henne til å forstå de valgene hun må ta [...]» og «IKKE gjøre en beslutning på vegne av en kvinne [eller] føre henne i retning av én spesiell handlingsmåte» (WHO/UNAIDS/UNICEF 2000, 2, egen oversettelse). Praksis kan slik anses som problematisk i lys av internasjonale føringer som fremmer pasientmedvirkning

som en forutsetning for kvalitet på pleien (WHO/UNAIDS/UNICEF 2000; WHO/UNAIDS/UNFPA/UNICEF 2010; WHO 2012).

Pasientmedvirkning og informert valg må på den andre side også problematiseres. Annemarie Mol (2008) drøfter pasientvalg kritisk og sier at å åpne for valg ikke alltid innebærer god pasientomsorg fordi pasienter ofte er i en svekket tilstand preget av avmakt, og med behov for omsorg i form av at noen tar beslutninger for dem.

Når mødre i Våga et al. (2014) ble gitt et valg mellom alternativer skapte det forvirring, usikkerhet og frykt. Dette kan forstås ut fra praktiske faktorer som at det ofte var lite tid til veiledning og lite oppfølging, slik at mødrene ikke oppnådde et tilstrekkelig faglig grunnlag for å kunne foreta et valg. Konsekvensene av et dårlig valg kunne være fatale, og mødre ble overlatt ansvaret for sitt barns liv og død uten å ha god nok kunnskap. Helsepersonell bør være varsomme i hvordan de formulerer seg når de bemerker til mødre risikoen de utsetter barnet sitt for (Desclaux og Alfieri 2009).

Å åpne for valg, i tillegg til forskjellige rutiner, kan ha bidratt til å øke mødres praksis i forhold til blandet mating. Mødre kan ha vært påvirket av overbevisninger fra mann, svigermor og lokalsamfunn. Å foreta valg kan være vanskelig for kvinner som lever med hiv også på grunn av parallelle programmer. De deltok kanskje i ett program i forhold til amming, ett i forhold til aids-forebygging, og så videre, innenfor samme helsetilbud. Desclaux og Alfieri (2009) beskrev at det i et rom på sykehuset i Yaoundé hang en plakat som forklarte måter hiv smitter på, inkludert amming. Ved siden av hang en annen plakat som hevdet at "Breast is best."

Anthony Giddens (1991) snakker om valg i et sosiologisk perspektiv som et modernitetsfenomen. Tradisjon og modernitet kan forstås som kulturelle koder. I modernitet stilles spørsmålene «Hva gjør jeg?» «Hvordan handle?» «Hvem skal jeg være?» Selvet blir sett på som et refleksivt prosjekt som den enkelte er ansvarlig for (Giddens, 1991). Kvinner i studien vår, som lever i delvis tradisjonelle settinger, kan ha hatt utfordringer med å forholde seg til valg. Funn viste at de brukte tid på å finne ut hva de skulle gjøre. På en forsiktig måte forsøkte de å kommunisere trinn for trinn med sine ektemenn og andre familiemedlemmer før de gikk for et ernæringsalternativ (Desclaux og Alfieri 2009).

Freires utdanningmodell for bevisstgjøring kan i praksis være for ideell i den faktiske situasjonen helsepersonellet står opp i. Men Freires pedagogikk krever tid og god oppfølging. Lite kapasitet og ressurser gjør at helsepersonellet må ta noen grep for å gjøre det beste ut av situasjonen. Det var flere steder usikkert om mødrene hadde mulighet til å returnere for oppfølgingssamtale, og det var viktig at et budskap kom frem på en tydelig måte. Helsepersonell måtte gjøre en vurdering av hvor mye tid de hadde til rådighet, hvor mye ressurser, hvilke evner eller kunnskaper mødrene hadde og hvilke økonomiske og sosiale vilkår de levde under.

Verken instruktiv veiledning eller veiledning til informert valg representerer «dét riktige svaret» for veiledning. Paolo Freires pedagogikk, og moderne veiledningsteori (Tveiten 2008), legger opp til en selvstendigjøring som skal sette folk i stand til å benytte eget skjønn og egne valg – noe som også er i tråd med modernitetsutviklingen i vestlige samfunn (Giddens 1991). På den annen side har instruerende veiledning sine fordeler når de kontekstuelle rammene er knappe (Mol 2008). Artikkene gir samlet sett uttrykk for det problematiske ved å anbefale enten det ene eller det andre veiledningsalternativet når praksisvilkårene er så varierte.

### **5.2.2 Opplevelser av dilemmaer og valg**

Artikkene dokumenterer, gjennom de erfaringene som er beskrevet, at helsepersonell opplever dilemmaer og vanskelige valg i veiledningen. Et veiledningsmøte innebærer en toveis påvirkning, som studiene til Buskens og Jaffe (2008) og Fadnes et al. (2010) viser. Roter og Hall (2006) beskriver hvordan kommunikasjon mellom leger og pasienter påvirker begge parter. Våre funn viser at helsepersonellet kunne oppleve veiledningsøktene som demotiverende og de kunne føle på depresjon og utmattelse (Buskens og Jaffe 2008). Dette kan skyldes praktiske rammer som gjorde veiledningen svært vanskelig å få til på en god måte.

Et dilemma personellet møtte var hvorvidt de skulle forklare i dybden eller forenkle beskjedene. Helsepersonell kunne ønske å unngå unødvendig forvirring hos en svært sårbar gruppe, hiv-positive mødre, i en kontekst der de var overbevist om at disse mødrene i virkeligheten ikke hadde noe reelt valg utenom å amme (Fadnes et al. 2010; de Paoli et

al. 2008; Våga et al. 2014). Forenkling, gjerne i sammenheng med instruksjon, kunne virke som beste løsning.

I noen tilfeller møtte veilederne mødre som levde under så vanskelige forhold at verken amming eller morsmelkerstatning var å anbefale. Det kan ha kjentes svært vanskelig og utilfredsstillende. Veilederne var nødt til å gi informasjon om alternativer som mødre ikke kunne følge i praksis (Buskens og Jaffe 2008). Det kan også oppleves vanskelig å stå i etiske dilemmaer hvor en som veileder er nødt til å gi et råd til mødre vel vitende om at det er den nest beste løsningen, men at de kontekstuelle forholdene likevel krever denne løsningen. Hvordan opplevde veilederne å gi råd som de viste ikke var optimale? Og hvordan opplevde de å fremheve amming og morsmelkerstatning når de visste at begge deler utgjør en fare for at barnet dør? Våre funn viser at helsepersonellet reflekterte over disse dilemmaene og syntes det var vanskelig.

Et annet dilemma helsepersonellet møtte var når mødre ønsket å skjule hiv-status hjemme. Mann og øvrig familie kunne dermed ikke inkluderes i oppfølgingen. Helsepersonell reflekterte over at veiledningen i enkelte tilfeller kunne ha lite for seg siden moren så sterkt ønsket å skjule problematikken hjemme (Chinkonde et al. 2010; Fadnes et al. 2010; Leshabari et al. 2007; Jennings et al. 2013; Nuwagaba-Biribonwoha 2007). I Jennings et al. (2013) prøvde de aktivt å involvere familien, noe som ble karakterisert som veldig konstruktivt.

### **5.2.3 Mellom retningslinjer og skjønn**

Verdien i vestlige samfunn om å respektere individets rett til velge og innflytelse på egen tilværelse (Giddens 1991) er så sterk at de internasjonale retningslinjene i stor grad avspeiler denne verdien. Å veilede med sikte på å fremme kvinnenens egne avgjørelser, er derfor støttet i denne humanistiske og moderne verdien.

På den annen side gir flere av de aktuelle retningslinjene også klare instruksjoner. Slik sett kan de peke på både pasientmedvirkning *og* enveis instruksjon. De nyeste retningslinjene fra 2010 sier på en og samme tid at amming i 6 måneder før rask overgang til annen føde anbefales for *alle* mødre i ressursbegrensede settinger, men at mor skal informeres om alternativer slik at hun selv kan ta et informert valg. Retningslinjene kan derfor lede til en



viss usikkerhet om veiledningsmetode i den enkelte praksissituasjon. Man kan stille spørsmål om de nye retningslinjene egentlig vil fungere så mye bedre enn de forrige.

Det er problematisk å utarbeide generelle retningslinjer som skal gjelde for svært ulike kontekster. Berørte fokuspersoner som helsepersonell og mødre bør ideelt sett delta i utformingen, med sin praksiserfaring. I spennet mellom retningslinjer og praksis hadde helsepersonell en intuitiv kulturforståelse i arbeidet sitt. De utøvde faglig skjønn (Martinsen 2005). Skjønn kan anses som en kontrast til å være bundet av regler.

Å basere seg på intuisjon og skjønn når en har varierende faglig kunnskap kan på den annen side være problematisk, viser funnene våre. Kollegaer ga motstridende råd (Fadnes et al. 2010, Buskenes og Jaffe, Chinkonde et al.2010, Chopra et al. 2010).

Hva som er hensiktsmessige metoder i veiledning, avhenger blant annet av veiledningens *hva* eller *fokus*, og av *hvem* veiledningen foregår mellom (Tveiten 2008). Ett svar på hva som er riktig veiledningsmetode i enhver sammenheng, finnes ikke.

Helsepersonell har en viktig oppgave i hiv-forebygging. Mange studier har vist viktigheten av å fokusere på kontekst i hiv-forebyggende arbeid (Aadland 2013; Alcock et al. 2009; Hasnain 2005). Funnene i denne studien viser at helsepersonell ga ulike råd til mødre i ulike settinger. I en landlig klinikk i Tanzania veiledet de instruktivt, til eksklusiv amming. I en bynær setting hadde de i større grad en felles fremgangsmåte som hjalp mødre til selv å ta valg (Våga et al. 2014).

Hvordan kan helsepersonell ivareta god pasientomsorg? Hvordan kan en veilede på en best mulig måte? Helsepersonell har en kompetanse som fokuspersonen har bruk for. Det kan være aktuelt å finne en «gylden middelvei» mellom å formidle denne kompetansen og la den enkelte selv finne løsninger (Tveiten 2008). Det samme budskapet formidler retningslinjer for veiledningen i spedbarnsernæring. Våre funn viser at det ikke er så enkelt å finne en gylden middelvei i praksis. Derfor er kontekst-sensitivitet viktig. Bruken av retningslinjer fordrer at sykepleier samtidig benytter sin intuitive kontekstforståelse og utøver skjønn.

#### **5.2.4 Konsekvenser for praksis**

I Norge er det et økende fokus på å øke brukeres medvirkning i egen behandling (Mæland 2010). Sykepleiere står også her i spennet mellom retningslinjer og den daglige virkeligheten, og i dilemmaet mellom brukermedvirkning og paternalisme. I subsaharisk Afrika ble det ofte veiledet instruktivt. I Norge er vant til at pasienten bør kunne styre sin egen behandling. Rammevilkårene er svært forskjellige selv om mange vilkår kan sammenlignes.

Hvis vi reiser til subsaharisk Afrika for å jobbe, vil nok også vi oppleve dilemmaet mellom instruerende eller valgfremmende veiledning. Vi er opplært til å veilede på en dialogbasert måte. Men stramme kontekstuelle rammevilkår vil kanskje medføre at også vi ville velge en instruerende veiledningsform.

Artiklenes innhold peker på en ny bevisstgjøring av betydningen av kontekstforståelse og faglig skjønn. Det er betydningsfullt å ha innsikt i hvordan veiledning fungerer i lokale kontekster. Veiledning, og i alle helsepersonell-pasient møter forøvrig, bør utøves med stor grad av kultursensitivitet.

## **6.0 Konklusjon**

Veiledning tar egne former i kontekster i Afrika preget av vanskelige kontekstuelle forhold. Det er et potensiale for at utilbørlig makt kan utspilles i paternalistiske omsorgsrelasjoner. Våre funn tyder imidlertid på at pasientvalg kan være problematisk og kanskje føre til mer skade enn helsegevinst i enkelte sammenhenger der en mangler tid og oppfølgingsmuligheter, og der hiv-relatert stigma gjør seg gjeldende.

Helsepersonell hadde intuitiv kontekstforståelse og utøvde faglig skjønn både i forhold til veiledningens innhold og form. De etterspurte imidlertid oppdatert kunnskap i et praksisfelt som er i rask utvikling.

I denne studien har vi forsøkt å belyse helsepersonells erfaringer fra veiledning i én spesiell sammenheng. Vi antyder at studiefunnene kan være relevante for omsorgsrelaterte valg- scenarier også utover ressursbegrensede settinger. Kontekstforståelse og skjønn er viktig i all sykepleieutøvelse.

### **6.1 Forslag til videre forskning**

#### *Forskning og praksis fra nå / veien videre*

I februar skrev vi en mail til professor Thorkild Tylleskär som er medforfatter i en av artiklene vi bruker (Fadnes et al. 2010) og i en av fagbøkene vi bruker (Lindstrand et al. 2006), og som jobber ved Universitetet i Bergen. Vi lurte på om han visste om nyere forskning og utvikling innen feltet. Han fortalte oss at det for halvannet år siden har kommet føringer fra Verdens helseorganisasjon som går direkte på ARV-medisinering for hiv-positive i alle aldersgrupper (WHO 2013). Disse sier at alle hiv-positive mødre skal settes på ARV-medisiner livet ut. Dersom det blir bedre tilgang på klinikkene, og mødre velger å bruke medisinene, vil dette gi store helsegevinster. Oppfølging av medisinere vil kunne bli et større tema enn før i veiledning (Tylleskär, personlig meddelelse per mail 19.2.2015).

Vi foreslår forskning på hvordan veiledning i spedbarnsernæring til hiv-positive mødre kan fungere i sammenheng med ARV-medisinering. Veiledning til hiv-positive mødre i hvordan å følge opp medisinere vil kunne bli et enda viktigere tema framover.

En forståelse for helsepersonells egne erfaringer i å utøve veiledning i spedbarnsernæring til hiv-positive mødre i Afrika sør for Sahara kan hjelpe fremtidig forskning og samarbeid med helsepersonell i utforming av tiltak. De studiene vi har tatt for oss i denne oppgaven beskriver hvordan forhold *er*. Vi foreslår aksjonsforskning, hvor en tar tak i praktiske utfordringer og sammen leter etter gode løsninger: Tiltak som kan settes i gang og evalueres. Slik kan en forske på hva som fungerer og lære av dette.

## Referanseliste

- Aadland, Ane Aamodt. 2013. "Participatory HIV/AIDS education in Bangladesh: A case study." *Postcolonial Directions in Education*, 2(2): 226-262.
- Alcock, G. A., More, N. S., Patil, S., Porel, N., Vaidya, L. and Osrin, D. (2009). "Community-based health programmes: role perceptions and experiences of female peer facilitators in Mumbai's urban slums." *Health Education Research*, 24(6): 957-966.
- Andreassen, Gro Tørseth, Anne Lise Fjellet, Inger-Lise Wilhelmsen og Dag-Gunnar Stubberud. 2010. Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I *Klinisk sykepleie 1*, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, kap. 3. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baxen, J. and Breidlid, A. [eds.] (2009). *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. Understanding the Implications of Culture and Context*. Cape Town: UCT Press, an imprint of Juta & Company Ltd.
- Beauchamp, T. L., og J. F. Childress. 2009. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Brevik, Thea Beate og Lill Karin Bugge. 2013. *Et nytt liv med HIV / A new life with HIV*. Bacheloroppgave. Høgskolen i Molde.  
[http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/118651/bachelor\\_brevik.pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/118651/bachelor_brevik.pdf)
- Bruun, Johan N, Linda Skeie, Arild Mæland, Susanne G. Dudman, Mette Sannes og Vidar Ormaasen. 2006. «Fra dødelig syndrom til kronisk sykdom. Hiv/aids» *Tidsskrift for Den norske legeförening* 126: 3121-4.
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods (2nd ed.)*. New York: Oxford.
- Buskens, I og A Jaffe. 2008. "Demotivating infant feeding counselling encounters in southern Africa: Do counsellors need more or different training?" *AIDS Care* 20: 337-345.  
doi:10.1080/09540120701660346
- Coovadia, Hoosen M., Nigel Rollins, Ruth Bland, Kirsty Little, Anna Coutsoodis, Michael Bennish og Marie-Louise Newell. 2007. "Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study." *The Lancet* 369(9567): 1107-1116.
- Chinkonde, Jacqueline.R. Johanne Sundbye, Marina de Paol og Viva C Thorsen. 2010. "The difficulty with responding to policy changes for HIV and infant feeding in Malawi". *International Breastfeeding Journal* 5(1): 11-21. doi:10.1186/1746-4358-5-11
- Chopra, Mickey, Tanya Doherty, Saba Mehattru og Mark Tomlinson. 2009 "Rapid assessment of infant feeding support to HIV-positive women accessing prevention of mother-to-child transmission services in Kenya, Malawi and Zambia." *Public Health Nutrition* 12(12):2323-2328.  
doi:10.1017/S1368980009005606
- Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. 2010. *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.  
<https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>

- Desclaux, Alice og Alfieri 2009. "Counseling and choosing between infant-feeding options: Overall limits and local interpretations by health care providers and women living with HIV in resource-poor countries (Burkina Faso, Cambodia, Cameroon)." *Social Science & Medicine* 69: 821–829. doi:10.1016/j.socscimed.2009.06.007
- Doherty, T., M. Chopra, L. Nkonki, D. Jackson, og T. Greiner. 2006. "Effect of the HIV epidemic on infant feeding in South Africa: 'When they see me coming with the tins they laugh at me.'" *Bulletin of the World Health Organization*, 84(2): 90–96.
- Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data." *Australian Journal of Advanced nursing* 2(20): 22-26.
- Fadnes, Lars, Ingunn Marie S Engebretsen, Karen Marie Moland, Jolly Nankunda, James K Tumwine og Thorkild Tylleskär. 2010. «Infant feeding counselling in Uganda in a changing environment with focus on the general population and HIV-positive mothers – A mixed method approach." *BMC Health Services Research* 10: 260–269. doi:10.1186/1472-6963-10-260
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier: vardering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning, 3. utg.* Falkenberg: Natur og kultur.
- Freire, Paolo. 1970. *Pedagogy of the oppressed* (M. B. Ramos Trans.). New York: Continuum.
- Geertz, C. (1973). *Thick description: Toward an interpretive theory of culture*. New York: Basic Books.
- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Grønseth, Randi og Trond Markestad. 2011. *Pediatric og pediatrik sykepleie. 3. utg.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Hammersley, Martyn og Paul Atkinson. 2007. *Ethnography. Principles in practice (3rd ed.)*. Oxon: Routledge.
- Hasnain, M (2005). «Cultural Approach to HIV/AIDS Harm Reduction in Muslim Countries.» *Harm Reduction Journal*, 2(23): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298319/>
- Hickling-Hudson, Anne. 2011. Teaching to disrupt preconceptions: education for social justice in the imperial aftermath. *Compare* 41(4): 453-465.
- Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt (red.). 2010. *Det nye livet – Svangerskap, fødsel og barseltid*. Fagbokforlaget.
- Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag. 2014. *Retningslinjer for bacheloroppgaven i sykepleie*. Høgskolen i Molde.
- Ingstad, Kari. 2013. *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2009. *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi, 2.utg.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jennings, Larissa, John Ong'ech, Roger Simiyu, Martin Sirengo og Kassaye 2013. "Exploring the use of mobile phone technology for the enhancement of the prevention of mother-to-child transmission of HIV program in Nyanza, Kenya: a qualitative study." *BMC Public Health* 13: 1131-1471-2458

Leraand, Dag. 2013. Økonomi og næringsliv i Afrika. I *Store norske leksikon*. (Lest 18.3.2015) [https://snl.no/%C3%98konomi\\_og\\_n%C3%A6ringsliv\\_i\\_Afrika](https://snl.no/%C3%98konomi_og_n%C3%A6ringsliv_i_Afrika)

Leshabari, Sebalda C, Astrid Blystad, Marina de Paoli og Karen Marie Moland. 2007. "HIV and infant feeding counselling: challenges faced by nurse-counsellors in northern Tanzania." *Human Resources for Health* 5: 18. doi10.1186/1478-4491-5-18

Lindstrand, Ann, Staffan Bergström, Hans Rosling, Birgitta Rubenson, Bo Stenson og Thorkild Tylleskär. 2006. *Global Health – An Introductory Textbook*. Lund: Studentlitteratur AB.

Malawi Health Workforce Observatory/WHO. 2010. Human Resources for Health - Country Profile Malawi. (Lest 10.01.2015) <http://www.hrh-observatory.afro.who.int/en/hrh-country-profiles/profile-by-country.html>

Martinsen, Kari. 2005. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Mol, A. 2008. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.

MSF [Médecins Sans Frontières]. 2014. Malnutrition. (Lest 13.2.2015) <http://www.msf.org/diseases/malnutrition>

Mulrow, C. D. og A. D. Oxman. red. 1997. *Cochrane collaboration handbook glossary*. Oxford: Update Software

Mæland, John Gunnar. 2010. *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. 2014. Tema: Sjekkliste for kvalitativ og kvantitativ forskning. <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler>

NEM [Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag]. 2009. Medisin og helse. (Lest 22.01.2015) <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/>

Norsk sykepleierforbund 2011. Yrkesetiske retningslinjer. (Lest 10.3.2015) [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victorica Nordheim og Liv Merete Reinar. 2012. *Jobb kunnskapsbasert. 2. utg.* Oslo. Cappelen Damm Akademisk.

NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste). 2015. Database for statistikk om høgre utdanning. (Lest 14.3.2015) <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nuwagaba-Biribonwoha, H, R. T. Mayon-White, P Okong og L.M. Carpenter. 2007. "Challenges faced by health workers in implementing the prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) programme in Uganda". *Journal of Public Health* 29: 269–274. doi:10.1093/pubmed/fdm025

de Paoli, Marina M, Ntombizodumo Mkwanazi, Linda M Richter og Nigel Rollins. 2008. "Early cessation of breastfeeding to prevent postnatal transmission of HIV: A recommendation in need of guidance." *Acta Paediatrica* 100: 1663–668. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.00956

Roter, D. L., og J. A. Hall. 2006. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors*. Westport, Connecticut: Praeger.

Skutle, Kristin. 2011. *Amming og HIV-infeksjon i eit historisk perspektiv – korleis førebyggje vertikal overføring av HIV-smitte samstundes som ein tek vare på mor og barn si helse. Ei litteraturstudie med fokus på Botswana*. 5. års oppgave. Universitetet i Tromsø  
<http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/4618/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Straffeloven. 2015. *Lov av 22. mai 1902 nr. 10, Almindelig borgerlig Straffelov*.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1902-05-22-10>

Sundby, Johanne. 2010. Reproduktiv helse -en global utfordring i *Det nye livet: svangerskap, fødsel og barseltid*. red. Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Tuthill, Emily L, Jessica Chan og Lisa M Butler. 2015. "Challenges faced by health-care providers offering infant-feeding counseling to HIV-positive women in sub-Saharan Africa: a review of current research." *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 27(1): 17-21. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.951310>

Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis (2.utg)*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, Sidsel. 2006. *The public health nurses' client supervision*. Doktorgradsavhandling. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Tveiten, S. og E. Severinsson. 2005. "Public health nurses' supervision of clients in Norway." *International Nursing Review* 52, 210-218

UN 2014. We can end poverty. Millennium Development Goals and beyond 2015. (Lest 08.12.2014) <http://www.un.org/millenniumgoals/>

UNAIDS 2013. Access to antiretroviral therapy in Africa, Status report on progress towards the 2015 targets. (Lest 02.03.2015)  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20131219\\_AccessARTAfricaStatusReportProgressTowards2015Targets\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20131219_AccessARTAfricaStatusReportProgressTowards2015Targets_en_0.pdf)

UNAIDS. 2014. Aidsinfo. (Lest 02.03.2015)  
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>

UNCRC. 1989. *Convention of the Rights of the Child*.  
<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

UNICEF. 2014. *Multi-sectoral Approaches to Nutrition: The Case for Investment by Public Health, Water, Sanitation, and Hygiene*. [http://www.unicef.org/eu/devaid\\_nutrition.html#pid4503](http://www.unicef.org/eu/devaid_nutrition.html#pid4503)

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

WHO. 2012. *WHO guidelines on HIV and infant feeding 2010: An updated framework for priority action*. Genève: WHO.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75152/1/FWC\\_MCA\\_12.1\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75152/1/FWC_MCA_12.1_eng.pdf?ua=1&ua=1)

WHO. 2013. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection - Recommendations for a public health approach*. Genève: WHO  
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>

WHO. 2015. Global Health Observatory Data Repository. Norway - statistic summary.  
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-NOR?lang=en>



WHO/FN. 2014. *Second International Conference on Nutrition – Rome, 19-21 November 2014: Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition.*  
<http://www.fao.org/resources/infographics/infographics-details/en/c/266118/>

WHO/UNAIDS/UNICEF. 2000. *HIV and infant feeding Counselling: A training course. Participant's manual.*  
[http://www.who.int/nutrition/publications/en/hiv\\_infant\\_feeding\\_course\\_participant\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/en/hiv_infant_feeding_course_participant_eng.pdf)

WHO/UNAIDS/UNFPA/UNICEF. 2010. *Guidelines on HIV and infant feeding 2010 - Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence.*  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241599535/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/)

WMA 2014. *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Zanoni, Joseph. 2013. "Confronting inequity: Participatory education impacting health at work." *Journal Of Critical Thought and Praxis* 2(1): 18-39.

## Vedlegg I – PI(C)O

Population/Problem	Intervention	(Comparison)	Outcome
<p>HIV* <i>or</i> human immunodeficiency virus*</p> <p><i>and</i></p> <p>nutritio* <i>or</i> feed* <i>or</i> lactati* <i>or</i> breastfe* <i>or</i> breast fe* <i>or</i> milk* <i>or</i> milk substitut* <i>or</i> infant formula*</p> <p><i>and</i></p> <p>[Names of countries in Sub-Saharan Africa] <i>or</i> Africa* <i>or</i> sub-Saharan Africa* <i>or</i> Africa south of the Sahara* <i>or</i> southern Africa* <i>or</i> eastern Africa* <i>or</i> western Africa*</p>	<p>nurs* <i>or</i> health care worker* <i>or</i> health care personnel*</p> <p><i>and</i></p> <p>counsel* <i>or</i> guid* <i>or</i> communicati* <i>or</i> inform* <i>or</i> patient educ*</p>		<p>PMTCT <i>or</i> Prevention of Mother To Child Transmission* <i>or</i> infect*</p> <p><i>and</i></p> <p>experien* <i>or</i> challeng*</p>
<p>HIV* <i>eller</i> humant immunsviktvirus*</p> <p><i>og</i></p> <p>ernæring * <i>eller</i> mat* <i>eller</i> amming* <i>eller</i> melk* <i>eller</i> morsmelkerstatning*</p> <p><i>og</i></p> <p>[Navn på land i Afrika sør for Sahara] <i>eller</i> Afrika* <i>eller</i> Afrika sør for Sahara* <i>eller</i> sørlige Afrika* <i>eller</i> østlige Afrika* <i>eller</i> vestlige Afrika*</p>	<p>sykepleie* <i>eller</i> helsearbeider* <i>eller</i> helsepersonell*</p> <p><i>og</i></p> <p>rådgi* <i>eller</i> veilede* <i>eller</i> kommuni* <i>eller</i> inform* <i>eller</i> undervis*</p>		<p>PMTCT <i>eller</i> forebygging av mor-til-barn overføring* <i>eller</i> smitte*</p> <p><i>og</i></p> <p>erfaring* <i>eller</i> utfordring*</p>

## Vedlegg II – Søkehistorikk

### Søk 1

Dato: 27.11.2014. Database: Ovid Medline. Leste abstracts: 27. Leste artikler: 10. Inkluderte artikler: 4.

Nr	Søkeord	Antall treff
1	nurs*.mp.	569292
2	infant*.mp.	1044540
3	child*.mp.	1938729
4	2 or 3	2381600
5	HIV*.mp.	279857
6	feeding*.mp.	184726
7	counselling*.mp.	18541
8	[Angola or Benin or Botswana or Burkina Faso or Burundi or Cameroon or Central African Republic or Congo or Djibouti or Eritrea or Ethiopia or Gabon or Gambia or Ghana or Guinea or Guinea-Bissau or Ivory Coast or Kenya or Lesotho or Liberia or Madagascar or Malawi or Mozambique or Namibia or Nigeria or Rwanda or Senegal or Sierra Leone or Somalia or South Africa or South Sudan or Sudan or Swaziland or Tanzania or Togo or Uganda or Zambia or Zimbabwe]*.mp.	330637
9	limit 8 to yr="2008 -Current"	73672
10	1 and 4 and 5 and 9	235
11	from 10 keep [articles number] 22, 33-34, 40, 53, 71, 91, 120, 135-136	10

### Søk 2

Dato: 17.12.2014. Database: Ovid Medline. Leste abstracts: 32. Leste artikler: 17. Inkluderte artikler: 4.

Nr	Søkeord	Antall treff
1	[Angola or Benin or Botswana or Burkina Faso or Burundi or Cameroon or Central African Republic or Congo or Djibouti or Eritrea or Ethiopia or Gabon or Gambia or Ghana or Guinea or Guinea-Bissau or Ivory Coast or Kenya or Lesotho or Liberia or Madagascar or Malawi or Mozambique or Namibia or Nigeria or Rwanda or Senegal or Sierra Leone or Somalia or South Africa or South Sudan or Sudan or Swaziland or Tanzania or Togo or Uganda or Zambia or Zimbabwe]*.mp.	330637
2	exp Breast Feeding/ or exp Bottle Feeding/ or feeding*.mp.	184747
3	nutri*.mp.	348097

4	exp Lactation/ or lactation*.mp.	46984
5	breastfeed*.mp.	15113
6	breast feed*.mp.	31269
7	exp Milk Substitutes/ or milk substitute*.mp. or exp Infant Formula/	3865
8	infant formula*.mp.	5560
9	2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	532884
10	1 and 9	14012
11	limit 10 to (yr="2008 -Current" and "all infant (birth to 23 months)" and (danish or english or norwegian or swedish))	1114
12	exp HIV/ or hiv.mp.	277496
13	exp Acquired Immunodeficiency Syndrome/ or human immunodeficiency virus*.mp.	142262
14	acquired immunodeficiency syndrome*.mp.	84321
15	aids.mp.	162489
16	12 or 13 or 14 or 15	371258
17	11 and 16	439
18	africa*.mp. or exp Africa, Western/ or exp "Africa South of the Sahara"/ or Africa/ or South Africa/ or exp Africa, Eastern/ or exp Africa, Southern/	296786
19	subsaharan.mp.	157
20	1 or 18 or 19	479001
21	9 and 20	21015
22	limit 21 to (yr="2008 -Current" and "all infant (birth to 23 months)" and (danish or english or norwegian or swedish))	1481
23	16 and 22	534
24	counsel*.mp. or exp Counseling/	96593
25	guid*.mp.	542182
26	exp Communication/ or communicat*.mp.	559794
27	inform*.mp.	1022147
28	educ*.mp. or exp Patient Education as Topic/	676206
29	PMTCT.mp.	869
30	24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29	2480974
31	23 and 30	261

32	23 and 29	94
33	24 or 25 or 26 or 27 or 28	2480628
34	23 and 33	228
35	exp Nursing/ or nurs*.mp. or exp Nurses/	576442
36	health care.mp. or exp "Delivery of Health Care"/	1099562
37	health personnel*.mp. or exp Health Personnel/	433723
38	35 or 36 or 37	1635160
39	31 and 38	112
40	32 and 38	46
41	from 39 keep [articles number] 8, 12-13, 34, 38, 42, 51-52, 61, 72, 86-87, 90, 94, 96, 98, 101	17

## Vedlegg III - Artikkeloversikt

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode, Verktøy	Deltakere Frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Buskens, I.; Jaffe, A.  2008.  Swaziland, Namibia, Sør-Afrika.  <i>AIDS Care</i> 20(3), 337-345.	Demotivating infant feeding counselling encounters in southern Africa: Do counsellors need more or different training?	Hensikten var å utforske hvordan oppfatninger og erfaringer fra helsearbeidere og mødre kunne brukes til å forbedre veiledning i spedbarnsernæring knyttet til vertikal smitte av hiv.	Kvalitativ studie i 2003, Etnografi.  Observasjon og deltakende observasjon i 7 måneder. Formelle og uformelle intervjuer. Fokus-grupper.	7 veiledere, 10 sykepleiere, 5 helsekoordinatører. 167 nybakte mødre, 11 gravide kvinner. 32 andre omsorgsytere.	Mange veiledningsmøter ble en demotiverende opplevelse for både veiledere og mødre. Veiledere mente at mødre ikke etterlevde hva som ble sagt og at de viste en passiv motstand. Helsepersonell følte på stress, depresjon og utbrenthet.  Helsepersonell og mødre hadde opposisjonelle agendaer som bunnet i motstridende realiteter, forventninger, erfaringer og behov. Mens mødre så veiledningen som en konsultasjon så veiledere den som helseopplysning med ett eksklusivt formål: å redde barnet. Veilederne erkjente ikke så godt realitetene i de to motstridende agendaene i samtalen. Kommunikasjonsmåter: I teorien var veiledningsformatet ikke-instruerende og klientsentrert, men i praksis fungerte de fleste møtene som ren helseopplysning. For å oppnå målet med veiledningen følte helsepersonellet seg ofte tvunget til å veilede normativt og instruerende.  For å kunne følge et ernæringsvalg konsekvent måtte mødre være motivert for den betydelige atferdsendringen dette kunne innebære: å endre sine tradisjonelle roller og identiteter som kvinner.	(AIDS care eies av Routledge)  De har «ingen interessekonflikter å melde om»  Studien ble støttet av Secure the Future, et initiativ fra Bristol Myers Squibb Foundation.	Nivå 1.  Vi anser studien som meget god
Chinkonde, Jacqueline R.; Sundby,	The difficulty with responding to policy changes for HIV and	Hensikten var å vurdere beslutningstakeres og helsepersonells erfaringer	Kvalitativ studie.	11 helsearbeidere knyttet til PMTCT-veiledning	Det var mangel på konsensus rundt hiv og spedbarnsernæring på alle nivåer, også i forhold til 2006-retningslinjene som anbefalte videre	Alle aktuelle deltakere ble først informert om undersøkelsen i	Nivå 1.

<p>Johanne; de Paoli, Marina; Thorsen, Viva C. T.</p> <p>2010.</p> <p>Malawi.</p> <p><i>International Breastfeeding Journal</i> 5(1), 11.</p>	<p>infant feeding in Malawi</p>	<p>med å tilpasse og implementere skiftende internasjonale retningslinjer for PMTCT av hiv i Malawi. Forskerne ville utforske tilgjengelige støttesystemer som kunne hjelpe hiv-smittede kvinner til å holde seg til sitt valgte spedbarnsernæringsalternativ. De besøkte også steder som var ansett å gi «bedre-enn-standard» veiledning og støtte.</p> <p>Hensikten var å identifisere praksis som kunne gjentas i lignende settinger.</p>	<p>Observasjon og deltakende observasjon i 14 måneder: februar 2008 til april 2009.</p> <p>Dybde-intervjuer. Alle intervjuene ble gjort med lydopptak bortsett fra intervjuene med politikere. Disse ble håndskrevet.</p>	<p>(sykepleiere, barneleger), samt 5 politikere.</p> <p>Ingen frafall.</p>	<p>amming etter seks måneder hvis bruk av erstatningsmelk ikke kunne anses å være akseptabelt, gjennomførbart, rimelig, bærekraftig og trygt. Helsearbeidere fant det vanskelig å veilede kvinner til å fortsette ammingen etter seks måneder. De var bekymret for at kvinnene og befolkningen for øvrig ville miste tilliten til dem, og de fryktet at å fortsette amming var et usikkert alternativ.</p> <p>Optimal støtte for mødre som var hiv-positive ble utøvd i programmer hvor helsearbeidere var fleksible, hvor de koordinerte innsatsen, hvor de hadde funksjonelle, tverrfaglige arbeidsgrupper samt et engasjert lokalsamfunn.</p>	<p>plenium, og de som samtykket til å bli intervjuet ble invitert til dette.</p> <p>Etisk godkjenning ble gitt av Malawi National Health Sciences Research Committee og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i sør-øst Norge (REK sør-øst).</p>	<p>Vi anser studien som god.</p>
<p>Chopra, Mickey; Doherty, Tanya; Mehatru, Saba; Tomlinson, Mark.</p> <p>2009.</p> <p>Kenya, Malawi, Zambia.</p> <p><i>Public Health Nutrition: 12(12), 2323–2328.</i></p>	<p>Rapid assessment of infant feeding support to HIV-positive women accessing prevention of mother-to-child transmission services in Kenya, Malawi and Zambia</p>	<p>Hensikten var å identifisere strategiske muligheter for å minimere sen postnatal hiv-smitte ved å gjennomgå tre utvalgte lands erfaringer rundt hiv og spedbarnsernæring, med de mål å dokumentere fremgang over de siste årene, kartlegge utfordringer og begrensninger.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervjuer, semistrukturerte. Observasjon fra februar til mai 2007. Lesning av politiske dokumenter, opplæringsmateriell, og av rapporter fra tverrfaglige komitémøter.</p>	<p>Feltteam gjennomførte intervjuer med informanter på nasjonalt nivå og besøkte totalt trettiseks fasiliteter - atten i Malawi, elleve i Kenya og syv i Zambia. Stedene ble bevisst valgt for å reflektere de ulike forholdene (urbane og rurale, statlige og ikke-statlige programmer). Under disse besøkene ble intervjuer gjennomført med helsearbeidere, programkoordinatorer og ledere.</p>	<p>Det var en mangel på personell og økonomiske ressurser samt en mangel på tid for veiledning i spedbarnsernæring i PMTCT-programmer. Det var også utbredte misforståelser blant informantene rundt risikoen for hiv-smitte gjennom amming.</p> <p>Det var mangel på plass til veiledningsøktene, dårlig støtte fra ledelse, lite kursing av helsepersonell, og svak oppfølging og evaluering av mødres spedbarnsernæring.</p> <p>Det var også svært få eksempler på samarbeid med lokalsamfunnsbaserte intervensjoner. Alle de tre landene hadde imidlertid begynt å revidere sine egne retningslinjer og strategier, og det var tegn til økte ressurser.</p>	<p>Studien var finansiert av UNICEF sitt regionale kontor for østlige og sørlige Afrika.</p> <p>De har «ingen interessekonflikter å melde om»</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Vi anser studien som Tilstrekkelig.</p>

<p>Desclaux, Alice; Alfieri, Chiara.</p> <p>2009.</p> <p>Burkina Faso, Kamerun, Kambodsja.</p> <p><i>Social Science &amp; Medicine</i> 69, 821-829.</p>	<p>Counseling and choosing between infant-feeding options: Overall limits and local interpretations by health care providers and women living with HIV in resource-poor countries (Burkina Faso, Cambodia, Cameroon)</p>	<p>Hensikten var å belyse innholdet i veiledning i spedbarnsernæring til mødre som har hiv samt hvordan innholdet var tilpasset lokale forhold, inkludert hvordan mødrene opplevde det. Forskerne ville sammenligne tre ressursbegrensede land med ulike praksiser rundt spedbarnsernæring (Burkina Faso, Kambodsja, og Kamerun). Forskerne ønsket å vurdere tre aspekter: 1) Hvordan internasjonale anbefalinger er oversatt til klinisk praksis; 2) Hvilke aspekter kvinner vurderer når de gjør sine «valg»; og 3) Hvordan helsepersonells «veiledning» og kvinners «valg» samhandler i en kontekst av begrensninger. Hensikten var å vise både generelle og lokale særtrekk for å gi en forståelse for veiledning og valg i spedbarnsernæring som en spesifikk form for forholdet mellom hiv-positive kvinner og helsevesenet.</p>	<p>Kvalitativ studie, etnografi.</p> <p>Observasjoner på klinikkene.</p> <p>Intervjuer med hiv-positive mødre og helsearbeidere.</p>	<p>Helsepersonell og mødre i offentlige helsetjenester, i tjenester der forskningsprosjekter ble utført, og i utviklingsprosjekter støttet av ikke-statlige organisasjoner.</p>	<p>Veiledningspraksis varierte. Praksiser inkluderte både normativ/foreskrivende veiledning hvor det ble foreslått kun ett alternativ basert på mors økonomiske nivå, og veiledning hvor mor fikk valget mellom alternativer.</p> <p>Mens helsearbeidere vurderte økonomiske aspekter først, vurderte mødrene stort sett sosiale aspekter knyttet til risikoen for å bli stigmatisert som en "dårlig mor" eller som hiv-positiv.</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av Comité d'éthique du Centre Muraz og deretter av Comité d'éthique pour la recherche en santé du Ministère de la Santé i Burkina Faso; National Ethics Committee for Health Research i Cambodia; og National Ethics Committee i Kamerun.</p> <p>Administrative fullmakter ble gitt av helsedepartementene i hvert av landene, samt av lokal distrikts- eller sykehus-ledelse.</p> <p>Intervjuer ble gjennomført etter informert samtykke.</p>	<p>Nivå 2.</p> <p>Vi anser studien som meget god.</p>
<p>Fadnes, Lars T., Ingunn Marie Engebretsen, Karen Marie Moland, Jolly Nankunda, James K. Tumwine,</p>	<p>Infant feeding counselling in Uganda in a changing environment with focus on the general population and HIV-positive</p>	<p>Å vurdere hvordan spedbarnsernæringsveiledningen ble gjort og opplevd av veiledere og mødre i øst-Uganda, i sammenheng med tidligere retningslinjer</p>	<p>Kombinert kvalitativ og kvantitativ studie som gikk over 2 år, 2003-2005.</p> <p>Nøkkelinformantintervjuer blant helsepersonell som</p>	<p>18 helsepersonell, 727 mødre fra den generelle befolkningen, og 235 hiv-positive mødre.</p>	<p>*Utdannelse ble ansett som viktig. *De fleste hadde ikke fått oppdatert sin utdanning siden de gikk ut av skolen. *En hadde vært med på workshop om spedbarnsernæring der rammeverk var satt av WHO, noen få andre hadde også vært med på workshops.</p>	<p>Etisk godkjenning fra Makerere University, Faculty of medicine, Etics and Research Committee og Uganda National Council for science and Technology.</p>	<p>Nivå 2.</p> <p>Vi anser studien som meget god.</p>



<p>Thorkild Tylleskär.</p> <p>2010.</p> <p>Uganda.</p> <p>BMC Health Services Research.</p>	<p>mothers - a mixed method approach.</p>		<p>arbeidet med hiv-positive fra et offentlig sykehus og fra et sykehus støttet av frivillige organisasjoner.</p>		<p>*Veiledningen ble gitt ut i fra om veilederne hadde oppdatert sin utdanning.</p> <p>*De jobbet under sterkt arbeidspress.</p> <p>*Lite ressurser.</p> <p>*Motstridende veiledning av mødrene.</p> <p>*Stadig skiftninger av retningslinjer var utfordrende.</p> <p>*Utilstrekkelige fasiliteter.</p> <p>*Ønsket seg demonstrasjonsutstyr til veiledningen.</p> <p>*Vanskelig å gi veiledning til mødre som de visste ikke hadde mulighet til å følge rådene.</p> <p>*Viste omsorg og empati under veiledningen.</p> <p>*Noen få rapporterte forbedring ang. stigma.</p> <p>*Følte det motiverende når mødrene var engasjerte.</p> <p>*Mange av veilederne i de frivillige organisasjonene fikk utvidet opplæring i veiledning som syntes å være gunstig.</p>	<p>Alle deltakerene signerte informert samtykke.</p>	
<p>Jennings, Larissa, John Ong`ech, Rogers Simiyu, Martin Sicengo og Seble Kassaye.</p> <p>2013.</p> <p>Kenya</p> <p><i>BMC Public health</i> 13, 1131.</p>	<p>Exploring the use of mobile phone technology for the enhancement of the prevention of mother-to-child transmission of HIV program in Nyanza, Kenya: a qualitative study</p>	<p>Å undersøke hvilket konkret innhold og hvilke former for mobilkommunikasjon som er akseptabelt for å forbedre PMTCT-relatert kommunikasjon.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Fokusgrupper og dybdeintervjuer ved 2 distriktsykehus.</p>	<p>Samlet var det 45 deltakere; hiv-positive kvinner, mannlige partnere, kommunalt helsepersonell og sykepleiere.</p> <p>Ingen frafall.</p>	<p>Helsepersonells erfaringer:</p> <p>*De syntes mobilbruk var tidsbesparende og de fikk inkludert mannlige partnere på en god måte i undervisningen.</p> <p>*De fikk snakket uforstyrret med mødrene</p> <p>* Det førte til at mange kvinner fikk mer støtte og lettere kunne snakke med mannen om sin hiv-status.</p> <p>*De følte at kvinnene lett kunne unngå å fortelle sannheten om hvordan de matet barna sine om de bare kommuniserte over tlf.</p> <p>* De følte at det var risiko for å bryte taushetsplikten ved å sende sms men samtidig kunne det være bedre å snakke i telefonen med kvinnene i stedet for i uegnede rom ved klinikken der andre kunne lytte.</p> <p>Mannlige partners erfaringer:</p> <p>*Mange av de mannlige partnerne var positive til bruk av mobil.De slapp å dra langt for å få råd og de kunne feks minne sin kone om å ta sine medisiner. De satte pris på å få meldinger fra helsearbeiderne men helst ikke daglig. Det fikk dem til å føle seg betydningsfull og til å ta bedre</p>	<p>Denne studien fikk etisk godkjenning av Kenyatta National Hospital, University of Nairobi; Etikkomiteen i Nairobi, Kenya.</p> <p>Informert samtykke ble innhentet for deltakelse i studien, samt lydopptak av diskusjonen. Deltakerne ble også bedt om å holde alle diskusjoner konfidensiell. Data som samles inn som en del av studien var ikke knyttet til individuelle eller personlige identifikatorer.</p>	<p>Nivå 1.</p> <p>Vi anser studien som Tilstrekkelig.</p>

					<p>vare på sin kone. De syntes ikke at meldinger om familieplanlegging egnet seg. Det kunne være vanskelig om man ikke hadde penger til å ringe eller at det var forsinkelser på nettet.</p> <p>Kvinnenes erfaring:  * Kvinnene følte at helsearbeiderne brydde seg om dem og de ble motiverte av dette. De likte at mennene fikk sms om å støtte dem. De hadde ingen problemer med å få sms daglig. De syntes ikke at sms om familieplanlegging egnet seg. Det kunne være vanskelig om man ikke hadde penger til å ringe eller at det var forsinkelser på nettet.</p>		
<p>Leshabari, Sebalda C., Astrid Blystad, Marina de Paoli og Karen M Moland.</p> <p>2007.</p> <p>Tanzania</p> <p><i>Human Resources for Health 5(18).</i></p>	<p>HIV and infant feeding counselling: Challenges faced by nurse-counsellors in northern Tanzania.</p>	<p>Å utforske erfaringer og bekymringer hos sykepleiere som jobber som spedbarnsernæringsveiledere for HIV-positive mødre i PMTCT-programmer i Kilimanjaroregionen i nord-Tanzania.</p>	<p>Kvalitativ studie der det ble benyttet dybdeintervju og fokusgruppediskusjoner. Intervjuene ble håndskrevet og fokusgruppediskusjonene ble «tapet» på lydbånd og transkribert.</p>	<p>25 kvinnelige sykepleiere som jobbet på 4 forskjellige helsesentre i Moshi by, der de praktiserte PMTCT. 6 veiledere ble rekruttert fra hvert av sentrene. Lederen for PMTCT-programmene var også inkludert i studiet.</p> <p>Ingen frafall.</p>	<p>*Veiledet etter egen personlige oppfatning pga. viten om miljø rundt mødre som ikke ga reelle valg.  *Utfordrende å veilede etter retningslinjer med tanke på praktiske rammer og mødrenes kontekst.  *Lite utdanning/kurs  *Følte at mødre forventet instruerende veiledning.  *Motstridende beskjeder ble gitt  *Veiledningen ble instruerende  *Mente de veiledet på feil tidspunkt  *Stress og utbrenthet blant sykepleierne  *Utfordrende når mødre var redd for å avsløre hivstatus hjemme.  *Vanskelig når mødre ikke fortalte sannheten om forholdene og matingen i hjemmet.</p>	<p>Det ble gitt etisk godkjenning fra Mushimbili University College of Health Sciences, den KCMC Etiske komite og den Norske komite for «Medical Research Ethics».</p>	<p>Nivå 1.</p> <p>Vi anser studien som meget god.</p>
<p>Nuwagaba-Biribonwoha, H.; Mayon-White, R. T.; Okong, P.; Carpenter, L. M.</p> <p>2007.</p>	<p>Challenges faced by health workers in implementing the prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programme in Uganda</p>	<p>Hensikten var å belyse erfaringer gjort av helsearbeidere som også hadde spilt sentrale roller i tidlige stadier av PMTCT i Uganda for å undersøke fordeler, utfordringer og bærekraft i Ugandas PMTCT-program.</p>	<p>Kvalitativ studie: Intervjuer. Audio-tapet samtaler med hver Informant mellom januar og juni 2003.</p>	<p>15 nøkkelinformanter inkludert veiledere, fødselsleger og PMTCT-koordinatorer på fem sykehus i Uganda</p>	<p>Informantene mente det var skjedd en forbedring i forhold til opplæring av personale og i forhold til samfunnsbevissthet. Andre forbedringer gjaldt nivået på generell obstetrisk behandling, samt bestemmelsen om antiretroviral (ARV) profylakse for hiv-positive mødre i landet.</p>	<p>«Conflict of interest: None declared»  Studien er støttet av Rhodos Trust og Public Health Research Fund og Oxfordshire NHS veldedig stiftelse.</p>	<p>Nivå 1.</p> <p>Vi anser studien som god.</p>

<p>Uganda.</p> <p><i>Journal of Public Health</i> 29(3), 269–274.</p>					<p>De største utfordringene lå i kvinners motvilje mot å bli testet for hiv; i at kvinner som hadde fått vite at de var hiv-positiv ønsket å holde dette skjult; i vanskelighetene knyttet til spedbarnsernæring for hiv-positive mødre; og i at oppfølgingen av mødrene var ufullstendig. Informantene mente at bærekraft i Ugandas PMTCT-program var avhengig av at ansattes moral ble opprettholdt; at antall personell forble stabilt; at tjenestene ble forbedret og gitt mer ressurser, spesielt antiretroviral behandling for hiv-positive kvinner og deres familier. Helsepersonell ga veiledning etter personlig oppfatning og veiledningen ble ofte instruerende da de antok at veiledning til informert valg ikke ville fungere. Det var utfordrene å veilede med få ressurser og uten rom for private samtaler.</p>		
<p>De Paoli, Marina M.; Mkwanzu, Ntombizodumo B.; Richter, Linda M.; Rollins, Nigel.</p> <p>2008.</p> <p>Sør-Afrika.</p> <p><i>Acta Paediatrica</i> 98(12), 1663-1668.</p>	<p>Early cessation of breastfeeding to prevent postnatal transmission of HIV: a recommendation in need of guidance</p>	<p>Hensikten var å kartlegge hvordan hiv-smittede mødre planla, og opplevde, å skulle avslutte amming tidlig og raskt som en del av den hiv-forebyggende strategien, og hvordan veiledere tilrettela denne prosessen.</p>	<p>Kvalitativ studie: Semi-strukturerte dybde-intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på lydband.</p>	<p>16 hiv-positiv mødre og 13 PMTCT-veiledere fra lokale klinikker (fire halv-urbane klinikker, og en PMTCT-forskningsklinikk i Durban).</p>	<p>Helsepersonell hadde liten tro på at mødrene kunne slutte tidlig med brystmelk og rask avvenning. De mente at det var mange forhold rundt disse mødrene som gjorde veiledningssituasjonen vanskelig. Det kunne være svigermødre som blandet seg, hygiene og vanskeligheter med tillaging av morsmelkerstatning eller at det var vanskelig å få penger av partner til å kjøpe morsmelkerstatning.</p> <p>Veilederne forklarte forskjellene ved amming og morsmelkerstatning men deretter var det veilederne som tok valget for mødrene. De erfarte at mødrene ikke fortalte sannheten om hvordan forholdene var hjemme og følte derfor at de derfor ikke fikk gitt riktig veiledning før de hadde blitt bedre kjent med mødrene.</p> <p>De mente at det var feil tidspunkt å veilede rett etter fødsel. Mødrene som deltok på forskningsklinikken i Durban rapporterte om mange suksesshistorier i motsetning til mødrene som deltok i rutinemessige tjenester. Konsekvent og løpende veiledning og støtte tilrettela dette.</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av Biomedical Research Ethics Committee ved Nelson R Mandela School of Medicine, University of Kwa-Zulu Natal, og av Kwa-Zulu Natal Department of Health.</p>	<p>Nivå 1.</p> <p>Vi anser studien som god.</p>

					Mødres primære motivasjon for å slutte raskt å amme, selv med vanskelighetene som var involvert, var å unngå å smitte barna sine med hiv. Både veiledere og mødre uttrykte bekymring rundt praktiske spørsmål, herunder sosiale konsekvenser, assosiert med tidlig opphør. Mødre som hadde sluttet å amme tilbød seg å hjelpe og veilede andre kvinner.		
Våga, Bodil Bø, Karen Marie Moland, Bjørg Evjen-Olsen og Astrid Blystad.  2014.  Tanzania.  <i>Social Science &amp; Medicine 105, 22-29.</i>	Reflections on informed choice in resource-poor settings: The case of infant feeding counselling in PMTCT programmes in Tanzania.	Å utforske anvendelsen av prinsippet 'informert valg' i lokale helsetjenester i Tanzania, og å bidra til debatt om informert valg som kjerneverdi i tilbudet om pasientbehandling. Å undersøke gjennomførbarheten av veiledningsprosedyrer som fremmer mødres valg av spedbarnsernæringsmetoder i PMTCT programmer.	Kvalitativ, etnografisk forskning som varte i tidsrommet 5/11-2008 – 5/8-2009.  Studien foregikk ved to sykehus, et landlig(a) og et bynært (b). Det landlige sykehuset praktiserte eksklusiv amming som eneste spedbarnsernæring, mens det bynære fulgte de Tanzanianske PMTCT-spedbarnsernæring-retningslinjene.	Alle sykepleierne på Hiv/Aids-klinikken.  26 hiv-positive mødre ble også intervjuet.	Sykehus A: *Valg ville ikke fungert i dette området pga. miljøet. *Pleierne finner det vanskelig å skulle gi valg til mødrene når det ikke er reelt. *Pleierne var stolte over sin egen beslutning om eksklusiv amming, som var en vellykket strategi mot hiv-overføring fra mor til barn. *De mente det hadde vært lurt at en mor som har ammet eksklusivt og har hiv-negativ baby, deltok på seminarer for å fortelle andre mødre om å amme eksklusivt. *De mente mødrene ville ha klare og direkte beskjeder om hvordan de skulle mate barna sine. *Mødrene følte de fikk klare beskjeder om hvordan de skulle forholde seg til spedbarnsernæringen og følte seg trygg på sykepleiernes råd. De likte at sykepleierne ga klar beskjed om hva de skulle gjøre.  B: *Pleierne hadde lite kunnskap og følte det var vanskelig å skulle veilede. *To pleiere ville presentere alternativer for mødrene, men de fleste mente at mødrene burde amme *De mente valg var forvirrende for mødrene og at det førte til blandet føde. *Mange mødre var redd og frustrerte og følte seg forvirret over veiledningen de fikk. De fikk få klare beskjeder om hvordan de skulle mate sine spedbarn.	Etisk godkjenning gitt av Medical Research i United Republic of Tanzania og regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i vest-Norge for feltarbeid. Forskningstillatelse av Den Tanzanianske kommisjonen for naturvitenskap og teknologi.  Alle respondenter ble informert og samtykket til å være med.	Nivå 2  Vi anser studien som meget god.

## Vedlegg IV - Oversikt over funn

	Buskens og Jaffe 2008 Swaziland Namibia, Sør-Afrika	Chinkonde et al. 2010 Malawi	Chopra et al. 2009 Kenya, Malawi, Zambia	De Paoli et al. 2008 Sør-Afrika	Desclaux og Alfieri 2009 Burkina Faso, Kamerun	Fadnes et al. 2010 Uganda	Jennings et al. 2013 Kenya	Leshabari et al. 2007 Tanzania	Nuwagaba-Biribonwoha et al. 2007 Uganda	Våga et al. 2014 Tanzania	Antall artikler som inneholder hvert funn
Mødres sosiale/økonomiske vilkår	X			X	X	X		X	X	X	7
Når mødrene skjulte sin hiv-status		X				X	X	X	X		5
Arbeidspress og ressursmangel	X	X				X		X			4
Kurs/ videreutdanning		X	X			X		X	X	X	6
Fasiliteter og utstyr	X	X	X			X	X	X	X		7
Endringer i retningslinjer		X		X		X		X	X	X	6
Motstridende beskjeder ble gitt	X	X	X			X					4
Tidspunkt for veiledning	X			X				X			3
Veiledning etter	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10

personlige oppfatninger											
Instruerende veiledning	X			X	X			X	X	X	6
Veiledning til informert valg						X				X	2
Totalt antall funn i hver artikkel	7	7	4	5	3	9	3	9	7	6	

## Vedlegg V – Sjekkliste for kvalitetsvurdering

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>



Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Semistrukturerte dybdeintervju og FGD ble benyttet. Intervjuguiden ble utformet av forskerne, men WHO's anbefalte testspørsmål ble også inkludert. Intervju ble utført på lokalt språk. FGD ble "lydtepet" mens intervju ble skrevet ned.</p> <p>Settingsen for datainnsamlingen var godt beskrevet. Studien foregikk over 8 mnd.</p>
--	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> FGD og dybdeintervju ble transkribert og oversatt til Engelsk. De ble nøye og mange ganger lest. Uklare og tvetydlige deler av oversettelsen ble sjekket mot det opprinnelige intervjuet. Et "kvalitativt" program "open code" ble brukt for sortering, klassifisering og koding av data. Det ble brukt innholdsanalyse der forsker re-leser tekstene, manuell koding i marg, syntetiserer og grupperer data.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Forskeren som har gjort intervjuene er opprinnelig fra området og er jordmord/ sykepl./veileder. Det er gjort godt rede for konteksten hvor datainnsamlingen foregikk.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Funn er godt underbygget med felles identifiserte lignende mønstre gjennom andre kilder.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
	<p><b>Kommentar:</b> Alle etiske forhold ble meget godt ivare tatt.</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
	<p><b>Kommentar:</b> Funnene kom klart frem og ble diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien.</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Funnene er viktige for å kunne utvikle veiledningsstrategier som er relevante og meningsfulle. Vi forstår at veiledningsstrategier <del>ble</del> utvikles lokalt for at de skal være relevante.</p>
--	--