European Commission
Directorate Public Health and Risk Assessment

IRCCS Burlo Garofolo
Trieste, Italy

Unit for Health Services Research and International Health
WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health

Beskyttelse, fremme og støtte af amning i Europa: en handleplan

Udviklet og formuleret af deltagere i projektet:

Fremme af Amning i Europa

(EU Projekt kontrakt N. SPC 2002359)

Dette dokument blev præsenteret på EU konferencen om
Fremme af Amning i Europa 18. juni, 2004 i Dublin Castle, Irland

Adresse til korrespondance:
Adriano Cattaneo
Unit for Health Services Research and International Health
IRCCS Burlo Garofolo
Via dei Burlo 1
34123 Trieste, Italien
Telefonnummer: +39 040 322 0379
Fax: +39 040 322 4702
E-mail: cattaneo@burlo.trieste.it

Henvis til dette dokument som: EU projekt om fremme af amning i Europa. Beskyttelse, fremme og støtte af amning i Europa: en handleplan. Den Europæiske Kommission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004. Den engelske udgave kan downloades fra: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

Indholdsfortegnelse

I. Forord

II. Forfattere og konsulenter

III. Resume

IV. Indledning
- Oversigt over den aktuelle situation
- Faktorer med indflydelse på amning
- Oversigt over gennemgang af interventioner

V. Handleplanen
1. Strategi og planlægning
1.1 Strategi
1.2 Planlægning
1.3 Styring
1.4 Finansiering

2. Information, uddannelse, kommunikation (IUK)
2.1 IUK til enkeltpersoner
2.2 IUK til lokalsamfund

3. Oplæring
3.1 Grunduddannelse
3.2 Efter/videreuddannelse

4. Beskyttelse, fremme og støtte
4.1 Global strategi om ernæring til spæd- og småbørn
4.2 Det internationale kodeks
4.3 Lovgivning for arbejdende mødre
4.4 Det spædbarnsvenlige initiativ
4.5 Støtte fra uddannet sundhedspersonale
4.6 Støtte fra uddannede peer rådgivere og mødre-støtte-grupper
4.7 Støtte i familien, lokalsamfundet og på arbejdspladsen

5. Monitorering
5.1 Ammefrekvenser
5.2 Praksis i sundheds- og socialtjenester
5.3 Det internationale kodeks, love og strategier

6. Forskning
6.1 Forskning

VI. Referencer

Engelske forkortelser

BFH	Baby Friendly Hospital (Spædbarnsvenligt Sygehus)
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative (Det Spædbarnsvenlige Initiativ)
CME	Continuing Medical Education
CRC	UN Convention on the Rights of the Child
EU	European Union (Den Europæiske Union)
EURODIET	Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe
FAO	Food and Agriculture Organization
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
IBLCE	International Board of Lactation Consultant Examiners
IEC	Information, Education, Communication (Information, Uddannelse, Kommunikation)
ILO	International Labour Organization
IYCF	Infant and Young Child Feeding
M2M	Mother-to-mother
NGO	Non-Governmental Organization
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WHO/EURO	World Health Organization Regional Office for Europe

Projektet ønsker specielt at takke
Henriette Chamouillet,
Camilla Sandvik og
Mariann Skar,
Directorate Public Health and Risk Assessment, Den Europæiske Kommission,
for deres støtte gennem projektet.

I. Forord

Det er med stor glæde, at jeg præsenterer denne handleplan, der har til formål at beskytte, fremme og støtte amning i Europa. Handleplanen er blevet udviklet gennem et projekt, der er finansieret af Directorate General for Health and Consumer Protection of the European Commision.

Fremme af amning er en af de mest effektive måder at forbedre vores børns helbred. Det er også gavnligt for mødre, familier, lokalsamfundet, sundheds- og socialvæsenet, miljøet og samfundet i det hele taget.

Der er adskillige initiativer på lokalt, regionalt, nationalt og internationalt plan, som fremmer amning. Jeg tror imidlertid at sandsynligheden for, at disse initiativer opnår gode og permanente resultater, vil være endnu større, hvis de er baseret på solide planer, som inkluderer aktiviteter, der er dokumenteret effektive og integrerede i et koordineret program.

Handleplanen danner ramme for udviklingen af sådanne planer. Handleplanen vil blive gjort tilgængelig for alle de regeringer, institutioner og organisationer, som er villige til at samarbejde for at beskytte, fremme og støtte amning. Jeg opfordrer dem til at bruge handleplanen og omsætte dens forslag og anbefalinger til handling.

Jeg er overbevist om, at disse planer vil imødekomme den europæiske befolknings behov hvad angår bedre information om og støtte til den bedste start i livet for deres børn. Jeg ønsker at takke den gruppe mennesker, som har udviklet og formuleret handleplanen.

David Byrne
Europæisk kommissær for Health and Consumer Protection

II. Forfattere og konsulenter

Handleplanen er skrevet af projektkoordinator: Adriano Cattaneo og gruppen ved the Unit for Health Services Research og International Health, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italien:

Anna Macaluso, Simona Di Mario, Luca Ronfani, Paola Materassi, Sofia Quintero Romero, Mariarosa Milinco og Alexandra Knowles.

De skrev på vegne af medlemmerne af projektstyregruppen:

Christine Carson (Department of Health, London)

Flore Diers-Ollivier (La Leche League and Coordination Française pour l'Allaitement Maternel)

Berthold Koletzko (Professor of Paediatrics, Metabolic Diseases and Nutrition, University of Munich)

Hildegard Przyrembel (National Breastfeeding Committee, Germany)

Nathalie Roques (Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel, Association Information pour l'Allaitement)

Luis Ruiz Guzman (Paediatrician and coordinator of the BFHI, Spain)

Michael Sjöström (Public Health Nutrition, Karolinska Institute, Stockholm)

Agneta Yngve (Public Health Nutrition, Karolinska Institute, Stockholm)

Og alle projektets deltagere, som har givet ideer, kommentarer og feedback til udkast af handleplanen og læst korrektur på den endelige udgave:

Belgien: Françoise Moyersoen (Institut d'Etudes de la Famille et des Systèmes Humains, Réseau Allaitement Maternel)

Danmark: Tine Jerris (Koordinator, Ammekomiteen), Ingrid Nilsson (IBCLC, Næstformand, Ammekomiteen)

England: Jenny Warren (National Breastfeeding Adviser for Scotland), Susan Sky (Breastfeeding Co-ordinator for Wales), Janet Calvert (Breastfeeding Co-ordinator for Northern Ireland)

Finland: Kaija Hasunen (Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health)

Grækenland: Vicky Benetou (Department of Hygiene and Epidemiology, University of Athens Medical School), Themis Zachou (Pediatrician Neonatologist, former Director, Breastfeeding

Promotion Unit, Human Milk Bank, Elena Venizelou Maternity Hospital, Athens)

Holland: Adrienne de Reede (Director, Stichting Zorg voor Borstvoeding, BFHI)

Irland: Genevieve Becker (IBCLC, Consultant Nutritionist), Maureen Fallon (National Breastfeeding Coordinator)

Island: Geir Gunnlaugsson og Ingibjörg Baldursdóttir (Centre for Child Health Services) Jona Margret Jonsdottir (IBCLC, Centre for Child Health Services)

Luxembourg: Maryse Lehners-Arendt (IBCLC, Initiativ Liewensufank)

Norge: Anne Baerug (Project Coordinator, National Breastfeeding Centre, Oslo)

Portugal: Isabel Loureiro (Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa)

Østrig: Ilse Bichler (IBCLC, Regional Administrator, IBLCE), Anne-Marie Kern (IBCLC, Coordinator, BFHI)

Kim Fleischer Michaelsen (International Society for Research in Human Milk and Lactation)

Andrew Radford (Programme Director, UNICEF UK Baby Friendly Initiative, UK)

Aileen Robertson (WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark)

Lida Lhotska (IBFAN/GIFA, Geneva, Switzerland)

Handleplanen blev evalueret, vurderet og kommenteret af følgende mennesker, organisationer og institutioner:

Belgien: Members of the multisectoral Federal Breastfeeding Committee and representatives of the Federal, the Regional (Wallonie) and French Community Health authorities; Ann van Holsbeeck (Breastfeeding Federal Committee)

Bulgarien: Stefka Petrova (Department of Nutrition, National Centre of Hygiene)

Czech Republic: Zuzana Brazdova (University of Brno), Magdalena Paulova (Institute for Postgraduate Medical Education, Prague), Dagmar Schneidrová (Charles University, Prague)

Danmark: medlemmer fra Ammekomiteen repræsenterende Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Sygeplejeråd, Dansk UNICEF Komité, Den Almindelige Danske Jordemoderforening, Den Almindelige Danske Lægeforening, Fagligt Selskab for Gynækologiske og Obstetriske Sygeplejersker, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med børn, Forbrugerrådet, Foreningen af Kliniske Diætister, Forældre og Fødsel,

Fødevaredirektoratet, International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE), Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Komiteen for Sundhedsoplysning, Sundhedsstyrelsen, WABA (World Alliance for Breastfeeding Action), WHO Regionalkontoret for Europa

England: Stewart Forsyth, Jim Chalmers, Linda Wolfson, Karla Napier (Scottish Breastfeeding Group), Anthony F Williams (Senior Lecturer & Consultant in Neonatal Paediatrics, St George's Hospital Medical School, London), Mary Renfrew (Mother and Infant Research Unit, University of Leeds), Janet Fyle (Royal College of Midwives), Fiona Dykes (Reader in Maternal and Infant Health, Department of Midwifery Studies, University of Central Lancashire, Preston), Jane Putsey, Phyll Buchanan (The Breastfeeding Network), The National Childbirth Trust

Estland: Julia Deikina (Health Protection Inspectorate)

Finland: Marjaana Pelkonen (Ministry of Social Affairs and Health)

Frankrig: Xavier Codaccioni (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille), Marie Thirion (Université Joseph Fourier, Grenoble), Irène Loras-Duclaux (Hôpital Ed. Herriot, Lyon), Jacques Sizun og Loïc de Parscau (CHU, Brest), Dominique Gros (Hôpitaux Universitaires, Strasbourg), Jacques Schmitz (Hôpital Necker Enfants Malades, Paris), Dominique Turck (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, et Comité de Nutrition, Société Française de Pédiatrie), Bernard Maria (CH de Villeneuve St-Georges); og de følgende medlemmer af CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel): Marc Pilliot (Maternité Clinique St Jean, Roubaix), Gisèle Gremmo-Feger (CHU, Brest), Françoise Dessery (Solidarilait), Kristina Löfgren (chargée de mission, IHAB), Françoise Ganzhorn og Claire Laurent (Hôpital du Havre), Marie-Claude Marchand (Co-Naître), André Marchalot (Réseau Normand pour l'Allaitement), Roselyne Duché-Bancel (La Leche League), Peggy Colnacap (MAMAM)

Grækenland: Antonia Trichopoulou (Associate Professor, Department of Hygiene and Epidemiology, University of Athens Medical School), Chryssa Bakoula og Polixeni Nicholaidou (Associate Professors, 1st Department of Pediatrics, University of Athens Medical School)

Holland: Adja Waelpunt, Ellen Out (Royal Dutch Organisation of Midwives), Sander Flikweert (Dutch College of General Practitioners), Carla van der Wijden (Dutch Association for Obstetrics and Gynaecology), Y.E.C. van Sluys (Nutrition Centre), J.G. Koppe (Ecobaby), R.J. Dortland and Alma van der Greft (Nutrition and Health Protection, Ministry of Health, Welfare and Sports), J.A.M. Hilgerson (Working Conditions and Social Insurance, Ministry of Social Affairs), Caterina Band (Dutch Association of Lactation Consultants)

Irland: Anne Fallon (Acting Midwife Tutor, University College Hospital, Galway), Nicola Clarke (Clinical Midwife Specialist-Lactation, National Maternity Hospital, Dublin), Margaret O'Connor (Practice nurse, Tralee, Kerry), Maura Lavery (Clinical Midwife Specialist-Lactation, Rotunda Hospital, Dublin), Camilla Barrett (Clinical Midwife Specialist-Lactation, Portiuncula Hospital, Ballinasloe, Galway), Eileen O'Sullivan (IBCLC, Rathcoole, Dublin), Rosa Gardiner (Director of Public Health Nursing, South Tipperary), Jane Farren (La Leche League)

Island: Anna Björg Aradóttir (Registered Nurse, Directorate of Health)

Italien: Lucia Guidarelli, Patrizia Parodi, Sara Terenzi (Ministry of Health), Michele Grandolfo, Serena Donati, Angela Giusti (National Institute of Health), Francesco Branca, Laura Rossi, Paola D'Acapito (National Institute of Nutrition), Giuseppe Saggese (Società Italiana di Pediatria), Michele Gangemi (Associazione Culturale Pediatri), Pierluigi Tucci (Federazione Italiana Medici Pediatri), Giancarlo Bertolotti (Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia), Maria Vicario (Federazione delle Ostetriche), Immacolata Dall'Oglio (Collegio delle Infermiere), Maria Ersilia Armeni (Lactation Consultants Association), Maria Rita Inglieri (La Leche League), Elise Chapin (MAMI), Marina Toschi, Barbara Grandi, Giovanna Scassellati (ANDRIA), Dante Baronciani (CeVEAS), Christoph Baker (Italian Committee for Unicef), Paola Ghiotti, Maria Pia Morgando (Piemonte), Marisa Bechaz (Valle d'Aosta), Maria Enrica Bettinelli (Lombardia), Silvano Piffer (Trentino), Leonardo Speri (Veneto), Claudia Giuliani (Friuli Venezia Giulia), Chiara Cuoghi (Emilia Romagna), Igino Giani, Carla Bondi, Maria Giuseppina Cabras, Paolo Marchese Morello, Gherardo Rapisardi (Toscana), Paola Bellini, Maria Marri (Umbria), Giovanna De Giacomi, Valeria Rossi Berluti (Marche), Franca Pierdomenico (Abruzzo), Renato Pizzuti, Carmela Basile (Campania), Giuseppina Annichiarico, Flavia Petrillo (Puglia), Sergio Conti Nibali, Achille Cernigliaro (Sicilia), Antonietta Grimaldi (Sardegna)

Letland: Irena Kondrate (National Breastfeeding Committee, Ministry of Health), Velga Braznevica (Nutrition Policy Department), Iveta Pudule (Health Promotion Centre)

Litauen: Roma Bartkeviciute (State Nutrition Center, National Breastfeeding Committee member), Daiva Sniukaite (NGO Pradziu pradzia, National Breastfeeding Committee secretary)

Luxembourg: members of the National Breastfeeding Committee, including representatives from the Ministry of Health, paediatricians, gynaecologists/obstetricians, midwives, nurses, paediatric

nurses, NGO's, mother support groups and nursing schools; Marine Welter (president, National Association of Midwives)

Malta: Yvette Azzopardi (Health Promotion Department), Maria Ellul (Principal Scientific Officer)

Norge: Arnhild Haga Rimestad (Director, National Nutrition Council), Bodil Blaker (Ministry of Health), Elisabeth Helsing (Norwegian Board of Health), Hilde Heimly og Britt Lande (Directorate for Health and Social Affairs), Kirsten Berge (National Organization of Public Health Nurses), Hedvig Nordeng (Institute of Pharmacotherapy), Anne Marie Pedersen (Labour Union of Children Nurses), Maalfrid Bjoernerheim (Norwegian Nurses and Midwives Organization), Anna-Pia Häggkvist (neonatal intensive care nurse), the Norwegian BFHI Committee with members from the midwives, paediatricians, gynaecologists, public health nurses and mother-to-mother support group organizations; Gro Nylander, Liv-Kjersti Skjeggestad and Elisabeth Tufte (National Breastfeeding Centre, Rikshospitalet University Hospital, Oslo)

Polen: Krystyna Mikiel-Kostyra (Institute of Mother and Child, Warsaw), Hania Szajewska (Department of Paediatric Gastroenterology and Nutrition, Medical University of Warsaw)

Portugal: members of the National BFHI Committee and of the National Council on Food and Nutrition, Adelaide Orfão (Centro de Saúde, Parede)

Rumænien: Camelia Parvan (Institute of Public Health, Ministry of Health)

Slovakiet: Katarina Chudikova (Ministry of Health), Viera Haľamová (BFHI Coordinator)

Slovenien: Polonca Truden-Dobrin, Mojca Gabrijelcic-Blenkus (Institute of Public Health), Borut Bratanič (Head, Neonatal Unit, University Medical Centre, Ljubljana)

Spanien: Sagrario Mateu, José Mª Martin Moreno (Ministerio de Sanidad y Consumo), Angel José Lopez Diaz, Cristina Pellicer (Asturias), Antonio Pallicer, Maria José Saavedra (Baleares), José Mª Arribas Andres, Carmeta Barios (Castilla-Leon), Ramón Prats, Victor Soler Sala (Catalunya), Mª Dolores Rubio Lleonart, Maria Luisa Poch (La Rioja), Emilio Herrera Molina, José Maria Galan (Extremadura), Agustin Rivero Cuadrado, Carmen Temboury (Madrid), Jorge Suanzes Hernandez, Maria Dolores Romero (Galicia), Francisco Javier Sada Goñi, Carmen Galindez (Navarra), Luis Gonzales de Galdeano Esteban, José Arena (Pais Vasco), Luis Ignacio Gomez Lopez, Maria Jesus Blasquez (Aragon), Manuel Escolano Puig, Ana Muñoz (Valencia),

Francisco José Garcia Ruiz, José Antonio Navarro Alonso, Mª Isabel Espín, Fernando Hernandez Ramon (Murcia), Mª Antigua Escalera Urkiaga, Josefa Aguayo (Andalucia), Berta Hernandez, Rocio Hevia (Castilla-La Mancha), Francisco Rivera Franco, Camino Vaquez, Marta Diaz (Canarias), Santiago Rodriguez Gil, Maria Luisa Ramos (Cantabria), Lluis Cabero i Roura (Presidente, IHAN), José Manuel Bajo Arenas (Presidente, SEGO), Alfonso Delgado Rubio (Presidente, AEP), Jesus Martin-Calama (AEP), Mª Angeles Rodriguez Rozalen (Asociación Nacional de Matronas), Dolors Costa (Asociación Catalana de Llevadores), Mª Carmen Gomez (Asociación Española de Enfermeras de la Infancia), Carlos Gonzales (ACPAM), José Arena (Comité Nacional, UNICEF)

Sverige: Elisabeth Kylberg (Amningshjälpen and Department of Women's and Children's Health, Uppsala University), Kerstin Hedberg Nyqvist (Assistant Professor in Pediatric Nursing, Department of Women's and Children's Health, Uppsala University), AMNIS (Swedish Breastfeeding Network), Yngve Hofvander (BFHI), Annica Sohlström (Head Nutritionist, National Food Administration)

Schweiz: Eva Bruhin, Clara Bucher (Swiss Foundation for the Promotion of Breastfeeding)

Tyskland: Michael Abou-Dakn (National Breastfeeding Committee, Society for Support of the WHO/UNICEF Initiative "Breastfeeding-friendly Hospital"), Marion Brüssel (Association of Midwives, Berlin), Eleanor Emerson (La Leche Liga Germany), Joachim Heinrich (Nutritional Epidemiology and Public Health, GSF Research Centre for Environment and Health), Ingeborg Herget (German Association of Paediatric Nurses), Mathilde Kersting (National Breastfeeding Committee, Research Institute for Child Nutrition), Rüdiger von Kries (Child Health Foundation), Walter Mihatsch (German Society for Pediatrics and Adolescent Medicine), Gudrun von der Ohe (German Association of Lactation Consultants), Utta Reich-Schottky (Association of Breastfeeding Support Groups), Ute Renköwitz (German Association of Midwives), Marita Salewski (Deutsche Liga für das Kind), Elke Sporleder (National Breastfeeding Committee, Association of Lactation Consultants), Jutta Struck (Federal Ministry for Family, Elderly, Women and Youth), Marina Weidenbach (Aktionsgruppe Babynahrung), Anke Weißenborn (Federal Institute for Risk Assessment), Petra Wittig (German Association of Midwives), Uta Winkler (Federal Ministry for Health and Social Affairs)

Ungarn: Gabor Zajkas (OKK-OETI), Katalin Sarlai (IBCLC, Hungarian Association for Breastfeeding)

Østrig: Renate Fally-Kausek (Ministry of Health/Promotion of Breastfeeding), Karl Zwiauer (National Breastfeeding Committee), Christa Reisenbichler (La Leche League), Eva Filsmair (School for Paediatric Nurses, Vienna General Hospital), Maria Jesse (Austrian Association of Paediatric Nurses), Renate Großbichler (Austrian Association of Midwives), Margaritha Kindl (Academy for Midwives, Mistelbach), Christine Kohlhofer and Renate Mitterhuber (Academy for Midwives, Semmelweissklinik, Vienna), Michael Adam (Obstetric Department, Semmelweissklinik, Vienna)

European Public Health Alliance (et netværk bestående af over 90 NGO'er, der arbejder for at støtte sundhed) og EPHA Environment Network

Elisabeth Geisel (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundhzeit -e.V.) and (ENCA, European Network of Childbirth Associations)

Rachel O'Leary and Constance A. Little (European Council of La Leche League)

Wendy Brodribb (Chair, International Board of Lactation Consultant Examiners, Australia)

Gabriele Kewitz (European Association for Lactation Consultants)

Madeleine Lehmann-Buri (International Lactation Consultants Association)

Margot Mann (Director for External Affairs, International Lactation Consultant Association)

Adenike Grange (President-Elect, International Paediatric Association)

Philip O'Brien (Regional Director, European Office, UNICEF)

III. Resume

At beskytte, fremme og støtte amning er en offentlig sundhedsprioritet i Europa. Lave frekvenser og tidligt ophør af amning har afgørende uheldige sundhedsmæssig og social betydning for kvinder, børn, samfundet og miljøet, hvilket resulterer i større omkostninger for det nationale sundhedsvæsen og forøger uligheden indenfor sundhed. Den globale ammestrategi om ernæring til spæd- og småbørn, som alle WHO medlemslande har vedtaget ved den 55. Verdens Sundheds Kongres (WHA) i maj 2002, giver et grundlag for offentlige sundhedsinitiativer for at beskytte, fremme og støtte amning.

Omfattende erfaring viser tydeligt, at amning kun kan beskyttes, fremmes og støttes gennem koncentreret og koordineret handling. Denne handleplan, skrevet af amme-eksperter, der repræsenterer hele EU og tilknyttede lande, samt relevante interessegrupper, inklusiv mødre, er en model-plan, der skitserer handlinger, som en national eller regional plan skal indeholde og implementere. Den omfatter specifikke interventioner, som har evidensbaseret effektivitet. Målet er, at anvendelsen af handleplanen vil give et europæisk fremskridt indenfor ammepraksis og frekvenser (etablering, eksklusivitet (fuld/delvis) og varighed); flere forældre, der har mere selvtillid og er tilfredse med deres ammeoplevelse; og sundhedspersonale med forbedrede færdigheder og større job tilfredshed.

Eksisterende budgetter, strukturer, menneskelige og organisatoriske ressourcer skal overvejes for at kunne udvikle nationale og regionale handleplaner baseret på denne handleplan. Handleplaner skal være bygget på en klar strategi, stærk ledelse og tilstrækkelig finansiering. Specifikke aktiviteter indenfor beskyttelse, fremme og støtte af amning skal støttes af en effektiv plan for information, uddannelse og kommunikation og af tilstrækkelig grund- og videre/efteruddannelse. Monitorering og evaluering samt forskning indenfor fastlagte operationelle prioriteter er vigtig for effektiv planlægning. Under seks overskrifter anbefaler handleplanen formål for alle disse handlinger, identificerer ansvar og indikerer mulige effekter og resultater.

1. Strategi og planlægning

En alsidig, national strategi skal være baseret på den globale ammestrategi for ernæring til spæd- og småbørn og være integreret i den generelle sundhedspolitik. Der kan blive brug for en specifik strategi til socialt dårligt stillede grupper og børn med særlige behov for at reducere uligheder.

Professionelle organisationer skal opfordres til at udsende anbefalinger og praktiske retningslinjer, der er baseret på en national strategi. Lang- og kortsigtede planer skal udvikles af relevante ministerier og sundhedsmyndigheder, som endvidere skal udnævne passende kvalificerede koordinatorer og tværfaglige komiteer. Tilstrækkelige menneskelige og finansielle ressourcer er nødvendige for at implementere disse planer.

2. Information, uddannelse, kommunikation (IUK)

Tilstrækkelig IUK er vigtig for at kunne reetablere en ammekultur i lande, hvor modermælkserstatning er blevet betragtet som normen i generationer. IUK budskaber til enkeltpersoner og lokalsamfund skal være i overensstemmelse med strategier, anbefalinger og love og samtidig være i overensstemmelse med procedurer indenfor sundheds- og socialsektoren. Kommende og nybagte forældre har ret til udførlig, dokumenteret og optimal information om spædbørnsernæring, hvilket inkluderer vejledning om tryg, rettidig og passende overgangskost, så de kan træffe informerede valg. Direkte personlig rådgivning skal være til rådighed fra tilstrækkeligt uddannet sundhedspersonale, peer rådgivere og mødre-støtte-grupper. Specielle behov hos kvinder, der måske ikke ønsker at amme, skal identificeres og imødekommes. Distributionen af materialer om spædbørnsernæring, som bliver udgivet af producenter og leverandører af produkter omfattet af Det Internationale Kodeks for markedsføring af modermælkserstatning, skal forhindres.

3. Oplæring

Grund- og videre/efteruddannelse af alle sundhedspersonalegrupper skal forbedres. Pensum og kompetencer vedrørende amning og ammevejledning, så vel som undervisningsbøger, skal evalueres og udvikles. Evidensbaserede efteruddannelseskurser skal tilbydes til alt relevant sundhedspersonale med specielt fokus på personale, der arbejder indenfor barsels- og børneområdet. Producenter og leverandører af produkter, der er omfattet af Det Internationale Kodeks, skal ikke have indflydelse på undervisningsmateriale og -kurser. Relevant sundhedspersonale skal opfordres til at deltage i videregående ammevejledningskurser, der opfylder kriterierne for god praksis.

4. Beskytte, fremme og støtte

Beskyttelse af amning er i høj grad baseret på fuld implementering af Det Internationale Kodeks, hvilket inkluderer håndhævelse og retsforfølgelse af overtrædelser samt et kontrolsystem, der er

uafhængig af kommercielle interesser; og en beskyttelse af barselslovgivningen, der gør det muligt for alle arbejdende kvinder at amme deres spædbørn fuldt i seks måneder og fortsætte delvis amning derefter. Fremme af amning afhænger af implementeringen af nationale strategier og anbefalinger på alle niveauer af social- og sundhedssektor systemet, sådan at amning kan blive betragtet som normen. Effektiv støtte kræver engagement for at sætte standarder for god praksis indenfor alle barsels- og børneafdelinger/institutioner. På det individuelle niveau betyder det, at alle kvinder skal have adgang til ammestøtte tilbud, hvilket inkluderer hjælp fra tilstrækkeligt kvalificeret sundhedspersonale og ammerådgivere, peer rådgivere og mødre-støtte-grupper. Der skal opfordres til familiemæssig og social støtte gennem lokale projekter og programmer, der er baseret på et samarbejde mellem frivillige og lønnede medarbejdere. Kvinders ret til at amme, når de vil, og hvor de vil, skal beskyttes.

5. Monitorering

Monitorerings- og evalueringsprocedurer er en integreret del af implementeringen af en handleplan. For at være i stand til at sammenligne, skal monitorering af ammefrekvenser (etablering, eksklusivitet (fuld/delvis), varighed) gennemføres med standardiserede indikatorer, definitioner og metoder. I Europa er der endnu ikke enighed om disse; der skal arbejdes mere intensivt på at opnå enighed og udsende praktiske instruktioner. Monitorering og evaluering af social- og sundhedssektorens ydelser, af implementeringen af strategier, love og kodeks, af dækningen og effektiviteten af IUK samt af dækningen og effektiviteten af oplæring skal - gennem brug af standard kriterier - være en integreret del af handleplaner.

6. Forskning

Forskning skal klarlægge effekten af markedsføringsprocedurer, som er omfattet af Det Internationale Kodeks, af omfattende barselslovgivninger, af forskellige IUK tiltag og interventioner og generelt af offentlige sundhedsinitiativer. Der er også behov for yderligere forskning i cost/benefit, effektivitet og muligheden for at gennemføre forskellige interventioner. Kvaliteten af forskningsmetoder skal forbedres betydeligt, især hvad angår passende udformning af studiedesign, konsekvens i brugen af standard definitioner på ammekategorier og brugen af passende kvalitative metoder, når der er behov for det. Etiske retningslinjer skal sikre uafhængighed fra alle modstridende og kommercielle interesser; og afsløring og håndtering af potentielle interessekonflikter hos forskere er af vital betydning.

IV. Indledning

Beskyttelse, fremme og støtte af amning er en offentlig sundhedsprioritet fordi:

- Amning er den naturlige måde at ernære spæd- og småbørn. At amme fuldt i de første seks måneder sikrer optimal vækst, udvikling og sundhed. Herefter fortsætter amningen, sammen med et passende supplement, med at bidrage til barnets ernæring, udvikling og sundhed.
- Amning bliver ikke fremmet og støttet i tilstrækkeligt omfang. Mange sundheds- og socialinstitutioner tilbyder en praksis, der ofte forhindrer etablering og fortsættelse af amning. Resultatet er, at ikke alle børn i Europa får den ideelle start på livet.
- Lave frekvenser og tidligt ophør af amning har uheldige sundhedsmæssige og sociale konsekvenser for kvinder, børn, lokalsamfundet og miljøet, resulterer i større udgifter for det nationale sundhedsvæsen og forstærker uligheder indenfor sundhed. [1]

Hvis en ny vaccine blev tilgængelig, som kunne forhindre en million eller flere dødsfald blandt børn hvert år, og som oven i købet var billig, sikker, kunne indtages gennem munden og ikke krævede særlige opbevaringsbetingelser (a cold chain), ville den øjeblikkeligt blive et krav for den offentlige sundhed.

Amning kan gøre alt dette og mere til, men kræver sin egen 'varme kæde' af støtte – dvs. god omsorg for mødre, så de får opbygget deres selvtillid og får viden om, hvad der skal til og beskyttelse fra skadelige praksis. Hvis denne varme kæde er gået tabt i kulturen eller er mangelfuld, så skal den repareres af sundhedsvæsenet. [2]

Beskyttelse, fremme og støtte af amning falder direkte ind i menneskerettighedsområdet. I Konventionen om Børns Rettigheder [3], der blev indført på De Forenede Nationers kongres i 1989 og godkendt af alle lande med undtagelse af USA og Somalia, står der i artikel 24, at "e*t lands partier accepterer barnets ret til at opnå den højest mulige sundhedsstandard... Landets partier skal forsøge at implementere denne rettighed og især iværksætte handlinger...for at sikre, at alle segmenter i et samfund, især forældre og børn, er informeret, har adgang til uddannelse og er støttet i at bruge den viden, der findes om børnesundhed og ernæring, fordelene ved amning, hygiejne og miljøforhold samt forebyggelse af ulykker".*

Offentlige sundhedsinitiativer for beskyttelse, fremme og støtte af amning skal være baseret på den globale strategi om ernæring til spæd- og småbørn, indført af alle WHO medlemslande ved den 55. Verdens Sundheds Kongres i maj 2002 [4]. Den globale strategi bygger på Det Internationale

Kodeks for Markedsføring af Modermælkserstatning [5] og efterfølgende relevante WHA Resolutioner;[1] Innocenti deklarationen for beskyttelse, fremme og støtte af amning [6]; og WHO/UNICEFs Spædbarnsvenlige Initiativ [7]. Det er også i overensstemmelse med FAO/WHO World Declaration and Plan of Action for Nutrition [8]. Den globale strategi tager især hensyn til de specielle behov, som børn i vanskelige situationer har[2] og inkluderer strategier for rettidig og passende overgangskost. Amning er også en prioritet i den første handleplan for Food and Nutrition Policy lavet for WHO/EURO, 2000-2005 [10].

Det vigtige ved beskyttelse, fremme og støtte af amning er også blevet fremhævet i vigtige Europæiske Unions (EU) dokumenter. EURODIET projektet anbefaler kraftigt en undersøgelse af eksisterende aktiviteter og udviklingen og implementeringen af en EU handleplan om amning [11]. Som opfølgningen på EURODIET understregede det såkaldte "Franske Initiativ" om ernæring behovet for handling hvad angår overvåning og fremme af amning [12]. Det Franske Initiativ førte til EU råds resolutionen om Ernæring og Sundhed i december 2000, hvor amning officielt blev anerkendt som en prioritet [13].

Denne handleplan om amning i Europa og dens tilknyttede dokumenter [14,15] kommer som en logisk udvidelse af disse projekter, forslag, resolutioner og handleplansstrategier og giver et praktisk redskab, som forsøger at realisere forhåbningerne for alle disse initiativer.

Hvorfor har vi brug for denne handleplan?

På trods af at det er svært at fortolke tilgængeligt materiale, står det klart, at ammefrekvenser og procedurer i EU landene ikke lever op til evidensbaserede anbefalinger [16]. Den globale strategi om ernæring til spæd- og småbørn siger: *"som global, offentlig sundhedsanbefaling skal spædbørn ammes fuldt i de første seks måneder af deres liv for at opnå optimal vækst, udvikling og sundhed. Herefter, for at imødekomme deres ændrede ernæringskrav, skal børn have ernæringsrigtig og sund overgangskost, mens amningen fortsætter til barnet er op til to år eller ældre."* Omfattende erfaring har tydeligt vist, at amning kun kan blive beskyttet, fremmet og støttet gennem fælles og koordineret handling. EU lande er i øjeblikket ved at koordinere handling indenfor andre

[1] Det Internationale Kodeks for Markedsføring af Modermælkserstatning og de efterfølgende relevante WHA Resolutioner bliver i dette dokument samlet betegnet som Det Internationale Kodeks

[2] Det bliver anbefalet, at EU lande og/eller sammenslutninger dannet i EU overholder the Operational Guidelines on Infant Feeding in Emergencies, når de skal give humanitær støtte til andre lande eller ernæringsstøtte til flygtninge og asylansøgere i EU lande [9]

sundhedsområder og i socialsektoren. Hvad angår amning i Europa er handling på nuværende tidspunkt ikke koordineret. Ikke alle lande har en national strategi og plan, og selvom disse er på plads, bliver der nogle gange ikke handlet efter dem, eller måske er de ikke i overensstemmelse med almene, anerkendte evidensbaserede anbefalinger.

Hvad er denne handleplan?

Handleplanen er en model-plan, som skitserer de handlinger, som en national eller regional plan skal indeholde og implementere, hvis effektiv beskyttelse, fremme og støtte af amning skal opnås. Underbyggende for alle stadier af handleplanen er behovet for strategi, planlægning, ledelse og finansiering; for information, uddannelse og kommunikation; for grund- og videre/efteruddannelse; og for evaluering og monitorering. Handleplanen omfatter specifikke interventioner; de fleste af de anbefalede interventioner er tidligere blevet vurderet efter evidensniveau [17]. Handleplanen inkluderer også interventioner, der ikke er baseret på videnskabelige undersøgelser, der beviser deres effektivitet, men som af offentlige sundhedseksperter bliver betragtet som vigtige bidrag til den effektive implementering af en handleplan.

Handleplanen bliver fremlagt som en model, der kan handles efter i den udstrækning, det er nødvendigt. Nogle lande/regioner i Europa har måske allerede velkoordinerede strukturer og procedurer på plads, som er af høj standard og derfor kun kræver lidt eller ingen handling. Andre har dårligt koordinerede procedurer, som måske eller måske ikke er styret af en strategi og evidensbaseret; nødvendigheden af at indføre handleplanen i disse sidst nævnte lande/regioner er mere tydelig. Information indsamlet til dette projekt indikerer, at situationen i de fleste europæiske lande er et sted midt imellem, hvorfor en omhyggelig udvælgelse af aktiviteter i handleplanen er påkrævet.

Handleplanen anbefaler ikke fælles specifikke europæiske operationelle strategier. Dette ville kræve indarbejdelse af de mangfoldige strukturer og ressourcer, der eksisterer i de forskellige lande, hvilket ikke er muligt. Operationelle strategier eller handleplaner, baseret på denne handleplan, kan kun være effektive på nationalt eller regionalt plan, hvor der tages hensyn til eksisterende budgetter, strukturer, menneskelige og organisatoriske ressourcer.

Hvordan blev denne handleplan udviklet?

Handleplanen er udviklet af en række amme-eksperter fra hele EU og tilknyttede lande. I denne

gruppe var repræsenteret størstedelen af de relevante sundhedsorganisationer og lignende samt andre vigtige grupper, inklusiv mødre. Inden handleplanen blev udviklet, analyserede gruppen den nuværende situation (eksisterende ammefrekvenser og procedurer) i alle deltagerlandene [14]. Derefter foretog gruppen en grundig gennemgang af interventioner vedr. amning sammen med en analyse af den videnskabelige dokumentation for at være i stand til at identificere forskellen mellem, hvad der er gjort, og hvad der skal gøres [15]. Et udkast af handleplanen blev derefter fremlagt til overvejelse og undersøgelse for en større gruppe nøglepersoner, der har en relevant rolle og ekspertise indenfor området i deres respektive lande.

Hvem henvender handleplanen sig til?

Handleplanen er rettet mod nøglepersoner, der beskæftiger sig med den offentlige sundhedspolitik og regeringsinstanser, der beskæftiger sig med kvindeområdet, børns velfærd og uddannelse i EU og i andre lande, der deltager i projektet. Den er også rettet mod at styrke samarbejdet mellem de personer, der arbejder i den offentlige og private sektor, inklusiv NGO'er, som spiller en vigtig rolle i at beskytte, fremme og støtte amningen. En kortfattet udgave af handleplanen, som er rettet mod at informere offentligheden og medierne, er tilgængelig på engelsk.

Hvordan kan handleplanen bruges?

Nationale og regionale sundheds-, social- og uddannelsesinstanser har mulighed for at tilføje relevante aspekter af handleplanen i udviklingen eller revideringen af deres nationale eller regionale ammestrategier og initiativer, inklusiv operationelle planer. Implementeringen og evalueringen af regionale og nationale handleplaner, der er baseret på denne handleplan, vil være de involverede instansers ansvar, ned til distrikts- og sundhedsinstitutionsniveau. En integreret del af denne proces vil være at opnå engagement fra de forskellige instanser, så de kan arbejde sammen mod implementeringen af de handlinger, planen foreslår. Disse instanser inkluderer hospitalsvæsenet og sundhedsmyndigheder i lokalsamfundet, nationale og regionale regeringsafdelinger, relevante professionelle organisationer, NGO'er, skoler, uddannelsessteder, organisationer, arbejdsgiver- og arbejdstagerorganisationer og mange flere. Overordnede mål er også foreslået i handleplanen. Derimod skal indikatorer for fremskridt og proces beskrives klart i udviklingen af nationale og regionale operationelle planer.

Hvad er det forventede resultat af denne handleplan?

Håbet er, at anvendelsen af denne handleplan vil medvirke til en forbedring af ammeprocedurer og

ammefrekvenser (etablering, eksklusivitet (fuld/delvis) og varighed) i hele Europa; at flere forældre for selvtillid, føler sig styrket og tilfredse med deres ammeoplevelse; og at sundhedspersonale får bedre færdigheder og derved større arbejdsglæde. Opnåelse af disse resultater vil være ensbetydende med implementering af en række nationale og lokale ammehandleplaner med tilstrækkelige ressourcer og regelmæssige undersøgelser og opdateringer som foreskrevet.

Handleplanen anerkender, at mødre der, efter at have modtaget opdateret information om spædbørnsernæring, beslutter at give deres spædbørn modermælkserstatning, skal respekteres i deres beslutning og skal have al den støtte, de behøver for at gennemføre denne beslutning. Samtidig skal de have information om hvad, hvornår og hvordan overgangskost skal gives. Fordi omsorg betyder mere end det at give mad, skal al støtte til mødrene række ud over det at give mad for at støtte etableringen af et optimalt forhold til barnet.

Oversigt over den aktuelle situation[3]

En undersøgelse af den aktuelle situation i de 29 lande foretaget undervejs i dette projekt viser et varieret resultat. Ikke desto mindre kan der drages flere fælles konklusioner:

- De fleste lande indsamler data. Men den information, der er indsamlet om ammefrekvenser, er hyppigt uregelmæssig, nogle gange ukorrekt og ofte ufuldstændig. Definitioner og metoder er forskellige landene imellem. Der blev ikke fundet et enkelt standard system, der anvendes til indsamling af data overalt i Europa.

- På trods af problemer med at fortolke de tilgængelige data, står det klart, at ammefrekvenser og procedurer generelt ikke lever op til WHO og UNICEFs anbefalinger. Mål og anbefalinger, der er foreslået i nationale strategier og af professionelle organisationer, bliver heller ikke opnået. I nogle lande er ammefrekvensen ved fødslen meget lav. Selv i lande hvor denne frekvens er høj, sker der et markant fald i amningen i de første seks måneder. Hyppigheden af fuld amning de første seks måneder er lav over hele Europa.

- Sundhedssystemerne i de europæiske lande har ressourcerne og potentialet til effektivt at beskytte, fremme og støtte amning gennem tværsektorielt og tværfagligt samarbejde og engagement. Men blot 18 lande fra dette projekt har nationale og/eller regionale strategier og med undtagelse af fem lande, lever disse strategier ikke op til de nuværende standarder, som er opstillet i den globale strategi for ernæring til spæd- og småbørn. Generelle EU anbefalinger mangler.

- Mange lande mangler stadig at opnå de mål og formål, der er opstillet for 1995 i Innocenti Deklarationen[4]. Nogle lande har gjort større fremskridt end andre og har en national koordinator og komite (men ofte uden tilstrækkelige finansielle eller andre ressourcer til at gennemføre de nødvendige forandringer), et aktivt Spædbarnsvenligt Initiativ (BFHI) og noget lovgivning omkring barselsorlov og vedr. markedsføring af modermælkserstatning. Andre lande er bagud. Der ser ud til at være en generel mangel på engagement til at tildele tilstrækkelige midler til ammeinitiativer.

---

[3] Flere detaljer i reference 14

[4] De fire operationelle mål for 1995 Innocenti Deklarationen var: 1) at udpege en national ammekoordinator og etablere en multisektoriel national ammekomite. 2) at sikre at alle steder, der giver graviditetsbistand udøver de 10 skridt mod vellykket amning. 3) at effektivisere principperne og målene fra Det Internationale Kodeks fuldstændigt. Og 4) vedtage lovgivning der beskytter arbejdende kvinders ammerettighederne og etablere midler, så de kan håndhæves

- Det Spædbarnsvenlige Initiativ (og andre initiativer, der fremmer evidensbaserede ændringer indenfor hospitalsprocedurer) er implementeret i mange lande, men kun få lande har opnået udbredt deltagelse på hele fødsels- og barselsområdet. I nogle lande er der endnu ingen fødesteder, som er blevet godkendt som spædbarnsvenlige. En udvidelse af initiativet, så det inkluderer den primære sundhedssektor og pædiatriske afdelinger, foregår i nogle lande.

- Pensum på grunduddannelser for sundhedspersonale synes generelt at være for ineffektivt til at sikre de nødvendige kompetencer til at støtte amning. De, der formidler ammeviden og færdigheder på grunduddannelserne, skal selv være tilstrækkeligt uddannet i amning.

- Brugen af kvalitetsvurderede kurser indenfor oplæring er lav. De ammekurser, der eksisterer til grund- og videre/efteruddannelse, skal have evalueret deres effektivitet og revideret deres indhold i den udstrækning, det er nødvendigt. En evaluering af effektiviteten af lokalt udviklede/tilpassede kurser har kun fundet sted i et land.

- Et stigende antal af International Board Certified Lactation Consultants (IBCLC) findes i mange lande, hvilket kunne tyde på en skærpet bevidsthed om behovet for deres ekspertise.

- National lovgivning, der regulerer markedsføringen af modermælkserstatning, lever ikke op til Det Internationale Kodeks. Det meste af EU, lande der skal indtræde i EU og kandidater til dette anvender EU Direktivet fra 1991 [17], som ikke dækker alle de bestemmelser, der er beskrevet i Det Internationale Kodeks og ikke er blevet opdateret til at tage efterfølgende relevante WHA resolutioner i betragtning. De reguleringer, som er beskrevet i Det Internationale Kodeks, er ikke blevet tilstrækkeligt kommunikeret til sundhedspersonale og til den generelle offentlighed og ingen effektiv kontrol af overholdelse har fundet sted, på nær af NGO'er som ikke har magt til at påtale brud.

- I mange lande går lovgivningen om barselsorlov med relation til amning ud over de minimumskriterier, der bliver anbefalet af ILO 183 Konventionen [18], men kun fire lande har indtil videre ratificeret Konventionen. Det er især med hensyn til amme/udmalkningspauser, at den nationale lovgivning ikke lever op til ILOs standarder. Selv i lande hvor barselslovgivningen lever op til ILO standarder, er der mange arbejdende kvinder (fx kvinder der har været ansat i mindre end

6-12 måneder, inden de går på barselsorlov, kontraktansatte, uregelmæssigt deltidsansatte og elever/studerende, der arbejder), som står udenfor denne lovgivning.

- Frivillige mødregrupper (M2M) og peer rådgivnings[5] støttegrupper og organisationer er aktive i de fleste af deltager landene. Den geografiske dækning af deres service er generelt lav til medium, sjældent høj. Graden af samarbejde mellem de forskellige støttegrupper er lille i de fleste lande, men veludviklet i enkelte. Forbindelsen til sundhedssystemet er ofte utilstrækkelig til at opnå en effektiv integrering og koordinering med de relevante, tilgængelige, officielle tilbud.

[5] I dette dokument betyder peer rådgivning den støtte, der bliver givet til mødre, næsten altid individuelt, af en kvinde (ikke altid en, der selv er mor), som er specielt oplært og ofte certificeret til at være peer rådgiver; peer rådgivning kan stå til rådighed eller kan tilbydes mere aktivt; peer rådgivere kan arbejde frivilligt eller kan være betalt af og arbejde for sundhedsvæsenet, som har startet peer rådgivningsprogrammet. Frivillig M2M støtte gives af mødre med ammeerfaring, individuelt eller i grupper, til andre mødre, individuelt eller i grupper, på et frivilligt grundlag. Nogle grupper er selv-etablerede og selv-oplærte og har en tendens til at arbejde som en del af en 'løsere' organisation. Andre grupper (fx La Leche League, National Childbirth Trust) er en del af en større organisation, som giver oplæring af høj kvalitet, efteruddannelse, akkreditering, god information om amning samt klart definerede ansvarsområder og operationelle retningslinjer. Dette inkluderer dokumentation af alle aktiviteter og regelmæssige tilbagemeldinger

Faktorer med indflydelse på amning

For at en handleplan kan være effektiv og mulig at gennemføre, skal den tage højde for faktorer med indflydelse på amning. Disse faktorer kan kategoriseres som i nedenstående tabel. Faktorerne skal også tages i betragtning ved udformning af protokoller til monitorering af holdninger til amning, procedurer og frekvenser. De forskellige påvirkninger af disse faktorer indikerer, at deres effekt skal monitoreres og reguleres på det rigtige niveau i sundhedssystemet og i samfundet.

Mor, barn, familie	- Alder, paritet, moderens fysiske og mentale helbred - Moderens ammeerfaringer fra tidligere børn og hendes mors erfaringer - Uddannelse, arbejde, socialklasse, etnicitet, bopæl - Viden, holdninger, troen på at kunne amme - Ægteskabelig status, familiestørrelse, støtte fra faderen/partneren og familien - Livsstil (rygning, alkohol, stoffer, kost, motion) - Fødselsvægt, gestationsalder, fødselsmåde, den nyfødtes helbred - Rollemodeller i omgivelserne, som har positive ammeerfaringer
Sundhedssystemet	- Adgang til professionel omsorg og kvaliteten af omsorgen - Kvaliteten af hjælp under fødslen og i de første dage - Adgang til professionel omsorg for mor og barn i graviditeten og kvaliteten af omsorgen - Arten og kvaliteten af den professionelle støtte til amning - Mulighed for peer rådgivning og mødre-støtte-grupper
Offentlige sundhedsstrategier	- Graden af prioritering og økonomisk støtte til amning - Officielle strategier, anbefalinger og planer - Monitorerings- og overvågningssystemer - Kvaliteten af grund- og videre/efteruddannelse af sundhedspersonale - Økonomisk støtte til frivillige mødre-støtte-gruppe aktiviteter - IUK og brug af forskellige medier til fremme/støtte af amning
Sociale strategier og kultur	- Lovgivning og håndhævelse af Det Internationale Kodeks - Lovgivning om barselsorlov og håndhævelse af denne. - Præsentation og portrættering af spædbørnsernæring og moderroller i medierne

	- Forhindringer og barrierer for amning i det offentlige rum - Udbredelse og aktivitetsniveau af mødre-støtte-grupper i lokalsamfundet - Niveau af opmærksomhed og viden i lokalsamfundet

Oversigt over gennemgang af interventioner[6]

Interventioner for beskyttelse, fremme og støtte af amning skal, som enhver anden sundhedsintervention, ideelt set være evidensbaseret. Gennemgang af interventioner foretaget i dette projekt omfattede - foruden kontrollerede undersøgelser - rapporter om gode erfaringer. Projektet anerkendte, at mange sider af beskyttelse, fremme og støtte af amning, især dem der ikke har nogen forbindelse til sundhedssektoren, ikke kan underlægges den strenge evaluering af effektivitet, der er underforstået i konceptet om evidensbaseret medicin. Interventionerne blev kategoriseret under strategi og planlægning; information, uddannelse og kommunikation; oplæring; samt beskyttelse, fremme og støtte af amning. I hver kategori blev interventionerne bedømt efter kvaliteten af dokumentationen.

Undersøgelsen kom frem til følgende konklusioner om effektive interventioner:
- Kombinationen af flere evidensbaserede strategier og interventioner indenfor omfattende, integrerede programmer synes at have en synergieffekt.
- Omfattende interventioner er især effektive, når de er målrettet mod både etablering, eksklusivitet og varighed af amning gennem brug af mediekampagner, sundhedsuddannelses programmer, der er tilpasset den lokale situation, alsidig oplæring af sundhedspersonale og nødvendige ændringer i nationale-/regionale- og hospitalsstrategier.
- Effektiviteten af omfattende interventioner forøges, når peer-støtte-programmer bliver inkluderet, især i forhold til eksklusivitet og varighed af amning.
- Interventioner, der spænder over før- og efterfødselsperioden, inklusiv de meget vigtige dage omkring fødslen, er mere effektive end interventioner, der fokuserer på en enkelt periode. Det Spædbarnsvenlige Initiativ er et eksempel på en omfattende intervention, der er bevist effektiv, og udbredt implementering er meget anbefalelsesværdigt.
- Interventioner i sundhedssektoren er især effektive, når de har en kombineret tilgang, der involverer oplæring af personale, udnævnelse af en ammerådgiver eller -konsulent, skriftlig information til personale og brugere samt 'rooming-in'.
- Interventioner i form af sundhedsuddannelse til mødre har kun betydning for etablering og varighed af amning, når de er tilpasset 'situationen'.
- Information til kommende eller nybagte forældre med ingen eller kun kort personlig kontakt (fx

[6] Flere detaljer i reference 15

baseret på foldere eller telefonsamtaler) er mindre effektivt end information med meget personlig kontakt. Brugen af skriftligt materiale alene er den mindst effektive intervention.
- Effektiviteten af programmer, der udvider Det Spædbarnsvenlige Initiativ fra at omfatte føde- og barselsafdelinger til også at inkludere sundhedsplejen og/eller pædiatriske afdelinger, bliver nu implementeret i nogle lande. Disse programmer er endnu ikke evalueret, men er baseret på en kombination af evidensbaserede initiativer.
- Udviklingen og håndhævelsen af love, kodeks, direktiver, strategier og anbefalinger på forskellige niveauer (nationalt, regionalt) og i forskellige situationer (arbejde, hospitalet, lokalsamfundet) er også vigtige interventioner, men det er på nuværende tidspunkt svært at dokumentere deres effektivitet (få undersøgelser, især i forbindelse med omfattende interventioner).
- Interventioner på arbejdspladsen er især effektive, når mødrene har fleksibilitet til at vælge at gå ned på halv tid - og samtidig er sikret job beskyttelse og bestemmelser for amme/udmalkningspauser på arbejdspladsen. Disse bestemmelser, hvad enten de er lovpligtige eller en del af en ammevenlig arbejdspladsstrategi, giver mødrene fri i løbet af dagen til at amme eller malke ud, uden at de mister løn – og passende faciliteter stilles til rådighed af arbejdsgiveren.

Beslutningen om at implementere interventioner skal indeholde overvejelser om gennemførlighed og omkostninger, som skal sættes overfor effektiviteten. Gennemførlighed og omkostninger er land- og områdebestemt, fordi de afhænger af lokale økonomiske, sociale og kulturelle forhold. Politisk engagement er vigtigere for succesfuld implementering af ammeinterventioner end gennemførlighed og omkostninger. Det er anerkendt, at i en ideel situation, hvor omkostninger ikke er den afgørende faktor, kan en offentlig sundhedsintervention med større omkostninger blive betragtet som gennemførlig med økonomier ude af proportioner og et mere favorabelt forhold mellem fordele og omkostninger. Nogle strategier og interventioner kan blive anbefalet på trods af, at de ikke er stærkt evidensbaserede; dette gælder især lovgivninger og generelle strategier, som ikke kan underlægges streng videnskabelig evaluering. Men hvor ekspertudtalelser og erfaringer viser, at disse initiativer alligevel har langsigtede fordele i forhold til antallet af mødre, der ammer succesfuldt.

Endelig er et program for beskyttelse, fremme og støtte af amning ikke blot en liste af separate interventioner. Interventionerne er som regel omfattende, nært forbundne og integrerede for at kunne maksimere deres samlede og akkumulerende effekt. Desuden vil effekten afhænge af

kontinuitet, fordi en forandring i adfærd hos mødre, familier og sundhedspersonale og i spædbørnsernæringskulturen i et bestemt samfund, kræver at interventionerne og programmerne bliver opretholdt i tilstrækkelig lang tid.

V. Handleplanen

1. Strategi og planlægning

Interventioner til at beskytte, fremme og støtte amning vil være mere effektive, hvis de er forankret i en alsidig national strategi, der omhandler graviditet, fødsel og ernæring til spæd- og småbørn, inklusiv rettidig og passende overgangskost, som er integreret i samlede og koordinerede nationale og regionale sundhedsplaner og implementeret gennem tilstrækkelige ressourcer og god styring i et sundhedssystem, der dækker alle grupper i befolkningen.

En plan skal sætte mål. Det kan for eksempel være:
- Øge antallet af børn, der bliver ammet fuldt til omkring seks måneder og fortsat bliver ammet delvist til mindst et år.
- Opnå Spædbarnsvenlig status på alle fødesteder.
- Sikre adgang til professionel omsorg i relation til amning, både før og efter fødslen.

Ligesom der er tidsbestemte mål rettet mod hele befolkningen, kan der også formuleres mål, som henvender sig til specielle grupper, der har mindst sandsynlighed for at amme eller støtte amning. For eksempel:
- Øge fuld og fortsat amning til det dobbelte blandt mødre med kort uddannelse.
- Opnå Spædbarnsvenlig status på 50 % af undervisningshospitalerne i 2010.
- Sikre 100 % gratis adgang til professionel omsorg i relation til amning, både før og efter fødslen for mødre med lav indkomst.

Hvert mål kan have flere formål, der er relevante for dets opnåelse. Målet at "øge antallet af børn, der bliver ammet fuldt og fortsætter med det" kunne for eksempel have følgende formål:
- At informere nøglepersoner om de strategier og anbefalinger, der er udviklet for at beskytte, fremme og støtte amning og opnå engagement fra disse personer til implementering.
- At forbedre grund- og videre/efteruddannelsen for at sikre, at sundhedspersonale har den viden og de færdigheder, det kræver at beskytte, fremme og støtte amning effektivt.
- At anspore til oplæring af peer rådgivere og oprettelse af mødre-støtte-grupper.
- At etablere et standardsystem med præcise, almenkendte definitioner til indsamling og formidling af data om ammefrekvenser ved forskellige aldre.
- At informere mødre og deres familier om vigtigheden af at amme og give dem en basisviden om,

hvad der skal til for, at amningen lykkes.
- At sikre at arbejdende mødre får den lovmæssige beskyttelse og støtte, de behøver for at amme fuldt i seks måneder.
- At implementere alle bestemmelser fra Det Internationale Kodeks.

Mål og formål er vigtige, fordi de indikerer, hvad handleplanen forsøger at opnå og tillader en udvikling af indikatorer for resultatet. Opnåelse af mål og formål vil være afhængig af effektiviteten af de operationelle planer, der er rettet mod dem. Formålet "at forbedre grund- og videre/efteruddannelse", for eksempel, kan opnås på forskellige måder og gennem forskellige interventioner og aktiviteter afhængig af en analyse af den lokale situation og ressourcer. Implementering af disse interventioner og aktiviteter skal kontrolleres gennem passende indikatorer for fremskridt- og proces/udvikling, der er klart specificeret i operationelle planer.

1.1 Strategi

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
1.1.1. At udvikle en omfattende national strategi baseret på Den Globale Strategi om Ernæring til Spæd- og Småbørn og integrere den i overordnede sundhedsstrategier	Relevante ministerier, den nationale amme- og/eller spæd- og småbørnsernæringskomite	Strategi formuleret og formidlet
1.1.2. At udvikle specielle strategier til socialt dårligt stillede grupper og børn med særlige behov for at mindske uligheder	Relevante ministerier, den nationale ammekomite	Strategi formuleret og formidlet
1.1.3. At opfordre professionelle organisationer til at udsende anbefalinger og retningslinjer for praksis baseret på den nationale stategi og opfordre deres medlemmer til at følge dem	Relevante ministerier, professionelle organisationer	Anbefalinger formuleret og formidlet

1.2 Planlægning

Anbefalede formål	Ansvar	Effekter og resultater
1.2.1. At fremsætte prioriteter, formål og mål baseret på den omfattende nationale strategi	Relevante ministerier, den nationale ammekomite	Prioriteter, formål og mål vedtaget
1.2.2. At udvikle en langsigtet (5-10 år) strategiplan, der ligger indenfor den nationale sundhedsplan og opdatere planen efter evaluering	Relevante ministerier, den nationale ammekomite	Strategisk plan udviklet, vedtaget og publiceret
1.2.3. At udvikle kortsigtede (1-2 år) nationale/regionale planer og opdatere planen efter monitorering	Relevante ministerier, regionale sundhedsministerier	Operationelle planer udviklet, vedtaget og publiceret
1.2.4. At koordinere ammeinitiativer med andre offentlige sundhedsfremmende planer og aktiviteter	Relevante ministerier, regionale sundhedsministerier	Koordinerende komiteer etableret; ammestrategier omtalt i andre offentlige sundhedsplaner og aktiviteter

1.3 Styring

Anbefalede formål	Ansvar	Effekter og resultater
1.3.1. At udnævne en tilstrækkelig kvalificeret national/regional koordinator med klart ansvar i forhold til strategier og planer	Relevante ministerier, regionale sundhedsmyndigheder	Nationale/regionale koordinatorer udnævnt
1.3.2. At etablere en national/regional tværfaglig ammekomite, der kan rådgive/støtte den nationale/regionale koordinator	Relevante ministerier, regionale sundhedsmyndigheder	Nationale/regionale komiteer etableret
1.3.3. At sikre sammenhæng mellem de nationale/regionale koordinatorers og komiteers aktiviteter	Relevante ministerier, regionale sundhedsmyndigheder	Ammekoordinatorer og komiteer mødes regelmæssigt
1.3.4. At foretage en regelmæssig monitorering	Ammekoordinatorer og	Regelmæssige

og en periodisk evaluering af resultater i relation til den nationale/regionale plan	komiteer	udviklingsrapporter og periodiske evalueringsrapporter foreligger

1.4 Finansiering

Anbefalede formål	Ansvar	Effekter og resultater
1.4.1. At tildele tilstrækkelige menneskelige og økonomiske ressourcer til at beskytte, fremme og støtte amning[7]	Regering, relevante ministerier og myndigheder	Realistisk budget vedtaget
1.4.2. At sikre at planlægning, implementering, monitorering og evaluering af aktiviteter bliver udført uafhængigt af støtte fra producenter og leverandører af produkter omfattet af Det Internationale Kodeks	Regering, relevante ministerier og sundhedsmyndigheder, lokale sundhedsformidlere	Kilder til indtægter klart og gennemskueligt angivet

2. Information, uddannelse og kommunikation (IUK)

Tilstrækkelig IUK er yderst vigtig for at få reetableret en ammekultur i lande, hvor modermælkserstatning er blevet betragtet som normen gennem flere år/generationer. IUK budskaber skal stemme overens med strategier, anbefalinger og love samt stemme overens med procedurer indenfor sundheds- og socialvæsenet. Et hovedformål med IUK aktiviteter skal være, som understreget i CRC, at give alle segmenter i samfundet mulighed for at få klar og upartisk information om amning. Amning er den almindelige måde at give mad og opfostre spæd- og småbørn på og skal formidles som sådan. Kommende og nybagte forældre har ret til udførlig, dokumenteret og optimal information om spædbørnsernæring inklusiv vejledning om tryg, rettidig og passende overgangskost, så de kan træffe informerede valg [19]. Rapporter om brugen af kvindemælk, som en indikator for miljøforurening henvendt til offentligheden, inklusiv forældre,

[7] Passende økonomiske ressourcer kan også tildeles ammerelaterede NGO'er og frivillige ammeorganisationer, hvis regeringer mener, at deres rolle er afgørende og deres aktiviteter relevante for beskyttelse, fremme og støtte af amning

skal være omhyggeligt formidlet og videnskabeligt korrekte. Sådanne rapporter skal inkludere de mulige måder kvinder kan reducere forureningsniveauet (rygning, stoffer, kosmetik, mad), og der skal gives råd om betydningen. Det skal klart fremgå, at løsningen er at undgå miljøforurening og ikke at erstatte amning med modermælkserstatning.

2.1. IUK til enkeltpersoner

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
2.1.1. At give mødre individuel personlig vejledning fra uddannet sundhedspersonale, peer rådgivere og mødre-støtte-grupper	Relevante sundhedsmyndigheder, sundhedspersonale, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Evaluering af mødres ammeviden/færdigheder og af hvordan denne information er gennemført
2.1.2. At sikre at alt IUK materiale, der bliver produceret og distribueret af sundhedsvæsenet indeholder præcis, opdateret og sammenhængende information, som stemmer overens med nationale og regionale strategier og anbefalinger og bliver brugt som støtte til personlige interaktioner[8]	Relevante sundhedsmyndigheder, ammekoordinatorer og komiteer, sundhedspersonale, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Det tilgængelige materiale lever op til kriterierne i formålet; evaluering af IUK materiale og en-til-en kommunikationsprocedurer er gennemført
2.1.3. At identificere og imødekomme de specielle behov for information og færdigheder hos førstegangsfødende, indvandrere, unge mødre, enlige mødre, kvinder med kort uddannelse og andre i samfundet, der har mindst sandsynlighed for at amme, inklusiv mødre, der tidligere har haft problemer med at amme	Relevante sundhedsmyndigheder, ammekoordinatorer og komiteer, sundhedspersonale, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	IUK tilbud og produceret materiale opfylder kvalitetsstandarder og tager hensyn til de specielle behov, som modtagergruppen har

[8] IUK materiale til mødre skal inkludere, hvor vigtigt det er at amme og det grundlæggende i, hvad der skal til for, at amningen lykkes, inklusiv håndteringen af almindelige bekymringer samt information om kontakt til personer, der kan give assistance, hvis det bliver nødvendigt

2.1.4. At identificere og imødekomme de informationsbehov, som andre familiemedlemmer og slægtninge har, fx moderens partner/barnets far, barnets bedsteforældre, søskende osv.	Relevante sundhedsmyndigheder, ammekoordinatorer og komiteer, sundhedspersonale, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Evaluering af materiale og støtte, som er tilgængeligt for familiemedlemmer og slægtninge, er gennemført
2.1.5. At sikre at der ikke reklameres eller findes andre former for salgsfremstød til den generelle offentlighed for produkter omfattet af Det Internationale Kodeks	Relevante sundhedsmyndigheder, ammekoordinatorer og komiteer	Kommercielt markedsføringsmateriale distribueres ikke

2.2. IUK til lokalsamfund

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
2.2.1. At udvikle og formidle IUK pakker, der er i overensstemmelse med nationale strategier og anbefalinger, og som kan bruges i sundheds- og socialsektoren, på alle skoleniveauer, i daginstitutioner, af politikere og beslutningstagere og i medierne[9]; informationen skal være gratis for modtageren	Relevante sundheds-, social- og uddannelsesinstanser, ammekoordinatorer og komiteer, professionelle organisationer, NGO'er, mødre-støtte-grupper	IUK pakker udviklet og uddelt; evaluere effektiviteten af uddelingssystemer for IUK pakker
2.2.2. At præsentere fuld amning i seks måneder og fortsat amning i op til to år eller mere som den normale måde at ernære og opfostre børn i alt skriftligt og visuelt	Alle multimedie organisationer og myndigheder, der har ansvar for indhold af	Information, der understreger deres ansvar, formidlet til multimedie organisationer;

[9] Indholdet af pakkerne skal være fleksibelt, så det kan tilpasses de specielle behov, som de involverede organisationer og disses målgrupper har. Behovet for information om spædbørnsernæring skal have speciel opmærksomhed, og informationen skal gives til de grupper i samfundet, hvor sandsynligheden for at amme er mindst (fx indvandrere, unge mødre, familier med lav indkomst)

materiale, der er relateret til eller refererer til ernæring af spæd- og småbørn og mødres rolle	bøger, programmer osv.	monitorering gennemført
2.2.3. At anvende de internationale, nationale og lokale ammeuger som en mulighed for at stimulere den offentlige debat under forskellige omstændigheder og i forskellige medier samt til at formidle vigtig information	Ammekoordinatorer og komiteer, alle relevante nøglepersoner	Rapporter om ammeuge aktiviteter publiceret
2.2.4. At kontrollere, informere og bruge alle medier til at fremme og støtte amning og sikre, at amning altid bliver beskrevet som normalt og attraktivt	Relevante sundheds-, social- og uddannelsesinstanser, ammekoordinatorer og komiteer	Multimedie kanaler og netværker har fået pålidelig og opdateret information og anvendes til at fremme og støtte amning

3. Oplæring

Som omtalt i konklusionen af kapitlet om den aktuelle situation [14] er der brug for forbedringer af både grund- og videre/efteruddannelsen for alle sundhedspersonalegrupper på samme måde, som forbedringer finder sted i forbindelse med andre emner indenfor sundhed. En langsigtet strategi skal være baseret på hensigtsmæssige ændringer i grunduddannelsernes pensum. Hvis den er effektiv, vil en sådan strategi med tiden medføre en reduktion af udgifter indenfor efter/videreuddannelse. Sundhedspersonale skal modtage opdateret information og fortsat medicinsk uddannelse (CME) fra lønnede og frivillige organer og institutioner, som er uafhængige af kommerciel indflydelse og pres.

3.1. Grunduddannelse

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
3.1.1. At udvikle eller - hvis det allerede eksisterer - revidere en minimum standard	Dekaner fra relevante sundhedsfakulteter,	Pensum og kompetencestandarder

(indhold, metode, tid) for pensum og kompetence for grund- og videre/efteruddannelse i amning og ammevejledning for relevant sundhedspersonale	professionelle kompetence myndigheder, nationale ammekomiteer	udviklet/opdateret og implementeret
3.1.2. At udvikle eller - hvis det allerede eksisterer - revidere undervisningsbøger og materiale, så det stemmer overens med det opdaterede standard pensum samt anbefalede strategier og procedurer	Dekaner fra relevante sundhedsfakulteter, professionelle organisationer	Undervisningsbøger og -materiale udviklet eller opdateret – og taget i brug

3.2. Efter/videreuddannelse

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
3.2.1. At tilbyde løbende tværfaglig uddannelse baseret på WHO/UNICEF retningslinjer eller andre evidensbaserede kurser om amning og ammevejledning som en del af introduktion og efter/videreuddannelse til alt relevant sundhedspersonale med specielt fokus på personale indenfor barsels- og børneområdet	CME myndigheder, sundhedsinstitutioner indenfor barsels- og børneområdet, sundhedsskoler, lokale kvalitetsudviklingskoordinatorer, professionelle organisationer	Praktisk efteruddannelse gives til alt relevant sundhedspersonale og opdateringer tilbydes med jævne mellemrum baseret på anerkendte retningslinjer og kurser
3.2.2. At udvikle eller - hvis det allerede eksisterer - revidere uddannelsesmateriale til brug i en løbende tværfaglig uddannelse - og sikre at materiale og kurser ikke er påvirket af producenter og leverandører	CME myndigheder, lokale kvalitetsudviklingskoordinatorer, sundhedsskoler, ammekomiteer, professionelle organisationer	Materiale udviklet og evalueret; protokoller er på plads til at kontrollere og sikre, at der ikke findes interessekonflikter i

af produkter, der er omfattet af Det Internationale Kodeks		kursernes og materialets indhold
3.2.3. At opfordre relevant sundhedspersonale til at deltage i udvidede evaluerede ammevejledningskurser og opfordre til at opnå IBCLC eller lignende eksamen, der lever op til kriterierne for god praksis[10]	CME myndigheder, sundhedspersonale, IBLCE, professionelle organisationer	Antallet af uddannede ammekonsulenter pr. nyfødt er steget
3.2.4. At opfordre til et e-netværk mellem ammespecialister for at kunne forøge viden og færdigheder	Professionelle organisationer, NGO'er	Mailing lister, websider og diskussionsgrupper påbegyndt

4. Beskyttelse, fremme og støtte

Beskyttelse af amning er langt hen af vejen baseret på at fjerne forhindringer gennem en fuldstændig implementering af Det Internationale Kodeks og barselslovgivning. En vigtig rolle spiller også beskyttelse af amning mod diskrimination i det offentlige rum, fordomsfulde medieportrætter og gratis modermælkserstatning til dårligt stillede grupper.

Fremme af amning afhænger af implementering af nationale strategier og anbefalinger baseret på "Den Globale Strategi for Ernæring til Spæd- og Småbørn" (vedtaget af alle EU lande ved den 55. Verdens Sundheds Kongres (WHA) i 2002) og på WHO/EURO "Handleplan for Kost og Ernæringsstrategier" samt på effektiv IUK.

Støtte skal gives både til mødre, der ammer - og mødre, der beslutter sig for ikke at amme. Mødre, der har fået udførlig, dokumenteret og optimal information om spædbørnsernæring og som beslutter sig for at give deres børn modermælkserstatning, skal støttes i deres beslutning og skal have al den støtte, de behøver for at gennemføre beslutningen. Familier skal også have information om hvad,

[10] IBLCE eksamensbeviset bliver givet til personer, der har bestået en kompetencebaseret eksamen uanset hvilket kursus, de har deltaget i. IBCLC eksamen har eksisteret over hele verden på adskillige sprog i 20 år. Der er en obligatorisk reeksamen hvert femte år. IBCLC konsulenterne skal efterleve et etisk kodeks og arbejde efter standarder for praksis. Siden 1988 har en uafhængig kommission regelmæssigt evalueret IBLCE eksamensprocessen

hvornår og hvordan overgangskost skal introduceres, da dette sikrer god ernæring for spædbarnet og senere barnet[11].

Selv i lande hvor amme-etableringsfrekvensen er høj, er varigheden af amning ofte under, hvad der bliver betragtet som optimalt, især med hensyn til fuld amning. Fald i fuld amning sker typisk kort efter udskrivelse fra hospitalet og omkring fire måneders alderen, måske sammenfaldende med genoptagelse af arbejde udenfor hjemmet, eller fordi det bliver betragtet som et passende tidspunkt at introducere supplement til modermælken. Få kvinder ammer deres barn mere end 12 måneder i EU. Der er behov for effektiv støtte for at forbedre denne situation. En sådan støtte kræver engagement og opbakning for social mobilisering og en tilbagevenden til en ammekultur på alle niveauer. På det individuelle niveau betyder dette, at alle kvinder får adgang til ammestøttende tilbud, inklusiv amme-støtte-grupper og til kontinuitet i omsorgen. Kvinder, der stopper med at amme, før de egentlig ville, skal opfordres til og støttes i at finde ud af hvorfor. Denne viden kan gøre det nemmere at acceptere, at amningen ophørte tidligere end forventet, kan mindske følelsen af tab og nederlag og kan hjælpe med at opnå en længere ammeperiode med et efterfølgende barn.

4.1. "Global Strategi for Ernæring til Spæd- og Småbørn"

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
4.1.1. At implementere strategier og planer baseret på Den Globale Strategi og WHO/EURO handleplaner	Sundhedsministeriet og andre relevante ministerier	Strategier og planer udviklet og implementeret
4.1.2. At gøre ammestrategier og planer kendte for alle professionelle sundhedsgrupper, relevante akademiske sundhedsuddannelsesinstitutioner, som tilbyder grund- og efteruddannelse, NGO'er og den generelle offentlighed	Sundhedsministeriet og andre relevante ministerier	Sundhedspersonale og den generelle offentlighed kender til ammestrategien/handleplanen

4.2. Det Internationale Kodeks

[11] Informerede beslutninger, baseret på fordomsfri information, efterfulgt af passende støtte, er især vigtig for HIV positive kvinder. Retningslinjer om spædbørnsernæring i forbindelse med HIV er udgivet af WHO [20]

Anbefalede formål	Ansvar	Effekter og resultater
4.2.1. At udvikle EU direktiver for markedsføring af modermælkserstatning, der – som et minimumskrav - inkluderer alle bestemmelser og produkter omfattet af Det Internationale Kodeks	Den Europæiske kommission	Direktiver formuleret og godkendt af medlemslandene
4.2.2. At sikre at Det Internationale Kodeks kommer til udtryk i EU's holdning ved Codex Alimentarius møder	Den Europæiske kommission	Codex Alimentarius rapporter reflekterer denne holdning
4.2.3. At udvikle en national lovgivning baseret på Det Internationale Kodeks, inklusiv håndhævelse og retsforfølgelse af overtrædelser og et monitoreringssystem, som er uafhængig af kommercielle interesser	Nationale regeringer, ammekomiteer, forbruger organisationer	Nationale love opdateret; procedurer for overholdelse i overensstemmelse med alle bestemmelser fra Det Internationale Kodeks sat i værk
4.2.4 At opfordre til fuld implementering af Det Internationale Kodeks, selv inden nye EU direktiver kræver dette af medlemslandene	Nationale og lokale regeringer, ammekomiteer, NGO'er	Nationale og lokale procedurer for overholdelse i overensstemmelse med alle bestemmelser fra Det Internationale Kodeks sat i værk
4.2.5 At informere sundhedspersonale og -studerende samt sundhedsformidlere om deres ansvar i forhold til Det Internationale Kodeks	Sundhedsskoler, CME myndigheder, relevante sundhedsmyndigheder	Information givet
4.2.6. At udvikle et etisk kodeks for sponsorering af kurser, uddannelsesmateriale, forskning, konferencer og andre aktiviteter og begivenheder (både til enkeltindivider og	Professionelle organisationer, akademiske institutioner og sundhedsformidlere	Kriterier og retningslinjer udviklet, formidlet og implementeret

institutioner) for at undgå interessekonflikter, der kan have uheldige konsekvenser for amning		
4.2.7. At formidle information til offentligheden om principper, mål og bestemmelser i Det Internationale Kodeks og om procedurer til at kontrollere overholdelse og tage afstand fra overtrædelser	Nationale og regionale regeringer, NGO'er, forbruger organisationer	Information formidlet til offentligheden og til det organ, der er ansvarlig for monitorering
4.2.8. At stoppe uddelingen af gratis modermælkserstatning til familier med lav indkomst, hvor dette stadig foregår, og erstatte den med incitamenter og initiativer, der fremmer og støtter amning hos familier, der lever i fattigdom eller på anden måde er marginaliseret	Nationale og regionale regeringer, socialvæsenet	Gratis modermælkserstatning til familier med lav indkomst ophørt, incitamenter og initiativer, som støtter amning i alle familier, udviklet og implementeret

4.3. Lovgivning for (ude)arbejdende mødre

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
4.3.1. At revidere den nationale lovgivning, der hvor den ikke lever op til ILO minimumskrav[12]	Nationale og regionale regeringer	Lovgivning revideret
4.3.2. At sikre tilstrækkelig lovgivningsmæssig støtte til at udearbejdende mødre kan amme deres spædbørn fuldt i seks måneder og	Nationale og regionale regeringer	Effektiv lovgivningsmæssig støtte vedtaget, økonomisk støtte

[12] Landene kan selvfølgelig gå ud over ILO kravene

fortsætte herefter		godkendt
4.3.3. At udvide barselslovgivningsbestemmelser til kvinder, der ikke på nuværende tidspunkt er berettiget til disse; fx kvinder med tidsbestemt kontrakt, deltidsansatte, studerende og indvandrere	Nationale og regionale regeringer	Lovgivning udvidet
4.3.4 At sikre at arbejdsgivere, sundhedspersonale og offentligheden er fuldt informerede om barselslovgivningen og om sundhed og sikkerhed for gravide og ammende kvinder	Nationale og regionale regeringer, arbejdsgiver organisationer, fagforeninger	Generel opmærksomhed på bestemmelser for barselsorlov findes
4.3.5. At informere arbejdsgivere om fordelene - både for dem og de ansatte, der ammer - ved at gøre det lettere at amme efter genoptagelse af arbejde - og om de faciliteter, som er nødvendige for at sikre, at dette er muligt (flekstid, pauser og faciliteter, hvor man kan malke ud og opbevare mælken)	Relevante ministerier, sundheds- og socialvæsenet, arbejdsgiver organisationer, fagforeninger	Arbejdsgivere informeret om fordele - og tilbyder passende støtte på arbejdspladsen

4.4. Det Spædbarnsvenlige Initiativ[13]

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
4.4.1 At sikre at regeringer, sundhedsmyndigheder, professionelle organisationer og relevante NGO'er arbejder tæt sammen med UNICEF og WHO for at implementere det	Nationale og regionale regeringer, relevante sundhedsmyndigheder, professionelle organisationer, NGO'er, ammekomiteer,	BFHI komiteer og koordinatorer etableret og Det Spædbarnsvenlige Initiativ almen

[13] Det Spædbarnsvenlige Initiativ bliver betragtet som en model for bedste praksis. Men andre initiativer og programmer kan også støtte bedste praksis. Alle initiativer skal evalueres mht. effektivitet

Spædbarnsvenlige Initiativ som en standard for bedste praksis, og at alle barsels- og børneinstitutioner forsøger at opnå og opretholde den 'Spædbarnsvenlige' status	omsorgsydere på basels- og børneområdet	anerkendt som en standard for 'bedste praksis' indenfor amning
4.4.2. At sikre tilstrækkelige ressourcer, (kapital, personale/tid) og teknisk støtte til oplæring, ændringer i praksis samt bedømmelse og reevaluering af fødestederne i forbindelse med implementeringen af Det Spædbarnsvenlige Initiativ	Nationale og regionale regeringer, relevante sundhedsmyndigheder, kvalitetssikringskomiteer	Tilstrækkelige budgetter og personale til at opnå den standard i omsorgen, der er baseret på Det Spædbarnsvenlige Initiativ, til alle kommende forældre og mødre, der ammer
4.4.3. At opfordre fødesteder, der ikke på nuværende tidspunkt forsøger at opnå godkendelse som Spædbarnsvenlige, til at sikre, at deres procedurer ligger tæt op af Det Spædbarnsvenlige Initiativs standard for bedste praksis	Relevante sundhedsmyndigheder, kvalitetssikrings- og BFHI komiteer	Alle fødesteder/afdelinger anvender standarder for bedste praksis
4.4.4. At indarbejde opfyldelsen af alle Det Spædbarnsvenlige Initiativs kriterier i det nationale akkrediteringssystem for kvalitet i svangreomsorgen[14]	Relevante sundhedsmyndigheder, kvalitetssikrings-, akkrediterings- og BFHI komiteer	Standard for akkreditering af svangreomsorg inkluderer alle kriterier i Det Spædbarnsvenlige Initiativ
4.4.5. At udvikle en systematisk tilgang til at videregive information om amning	Relevante sundhedsmyndigheder,	Retningslinjer for forberedelse i

[14] Beskyttelse, fremme og støtte af amning kan ikke opnås uafhængigt af fremme af fysiologiske fødselsforhold. Stigende hyppighed af kejsersnit og fødsler i fuld narkose, som er forbundet med forstyrrelse af den hormonelle produktion ved dannelse af mælk, kan hæmme fuld amning

som stemmer overens med de relevante skridt i Det Spædbarnsvenlige Initiativ	sundhedsformidlere, sundhedspersonale	graviditeten er formuleret
4.4.6. At involvere fædre og familier for at sikre passende støtte til mødrene efter udskrivelse	Sundhedsformidlere og sundhedspersonale	Fædre og familier involveret
4.4.7. At forbedre samarbejdet mellem sygehuse og andre sundheds- og socialinstitutioner for at sikre implementeringen af skridt 10 fra Det Spædbarnsvenlige Initiativ, dvs. tilstrækkelig støtte og information til amningen i ugerne efter fødslen	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, kvalitetssikrings- og BFHI komiteer, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Udbredt implementering af skridt 10 fra Det Spædbarnsvenlige Initiativ
4.4.8. At sikre tilstrækkelige ressourcer og teknisk støtte til oplæring og ændringer i praksis til at sikre, at lokale sundheds- og socialtilbud (til kvinder, spædbørn og børn) fremmer og støtter amning	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, professionelle organisationer	Offentlige og private sundheds- og socialformidlere fremmer og støtter amning i overensstemmelse med ammestrategier
4.4.9. At opfordre til implementering af ammevenlige initiativer indenfor primære sundheds- og socialtjenester, børnehospitaler/afdelinger og arbejdspladser - og ikke blot på føde- og barselsafdelinger	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, kvalitetssikrings- og BFHI komiteer	Omsorgsmodeller baseret på Det Spædbarnsvenlige Initiativ udviklet og implementeret i andre sundheds- og relaterede områder

4.5. Støtte fra uddannet sundhedspersonale

Anbefalede formål	Ansvar	Effekter og resultater

4.5.1. At sikre at sundheds- og socialservice personale, inklusiv frivillige, har de nødvendige færdigheder til at opbygge mødres evne og tillid til at kunne amme samt til at yde effektiv støtte	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, bureauer, frivillige organisationer, sundhedspersonale	Opdatere antallet af personale og frivillige, der er kompetente til at støtte amning effektivt
4.5.2. At opfordre og støtte personale til at opnå ekspertviden indenfor problemløsning, så de kan hjælpe kvinder med specielle ammeproblemer	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, sundhedsformidlere, sundhedspersonale	Specialister, som IBCLC'er, uddannet og inddraget
4.5.3. At sikre at tjenester til støtte af amning, inklusiv hjælp fra kvalificerede ammekonsulenter eller andet tilstrækkelig kompetent sundhedspersonale, er til rådighed og er økonomisk overkommeligt for alle mødre, når der er behov for det	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, bureauer og organisationer, sundhedsforsikringsselskaber	Nationale sundhedssystemer og/eller frivillige sundhedsforsikringsselskaber dækker udgifterne til kvalificeret ammestøtte og ammekonsulent tjenester
4.5.4. At yde særlig hjælp, når der er behov for det, til mødre, så de kan levere eller modtage modermælk til for tidligt fødte eller syge børn, inklusiv hjælp til transport og ophold, hvis barnet befinder sig på en fjern specialafdeling - og adgang til en godkendt mælkebank	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, bureauer og organisationer	Hjælp og støtte gives uden yderligere omkostninger for mødre
4.5.5. At etablere nationale og regionale ammecentre, der kan bruges som ressource for sundhedspersonale og mødre, inklusiv gratis adgang til internet baseret information	Nationale og regionale sundhedsmyndigheder, ammekomiteer	Centre etableret, information om anvendelsesmuligheder formidlet til alle relevante grupper

4.6. Støtte fra uddannede peer rådgivere og mødre-støtte-grupper

Anbefalede formål	Ansvar	Effekter og resultater
4.6.1. At opfordre til etablering og/eller øge dækningen af støtte fra uddannede peer rådgivere og mødre-støtte-grupper, især til de kvinder, der har mindst sandsynlighed for at amme	Relevante sundhedsmyndigheder, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Uddannelse/oprettelse af peer rådgivere og mødre-støtte-grupper i områder, hvor der er behov for det
4.6.2. At udvikle eller evaluere/opdatere pensum (indhold, metoder, materiale, tid) til oplæring af peer rådgivere og mødre-støtte-grupper	Peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Standarder for pensum og kompetence opdateret/revideret eller udviklet
4.6.3. At styrke samarbejdet og kommunikationen mellem sundhedspersonale, der arbejder i forskellige sundhedsinstitutioner, uddannede peer rådgivere og mødre-støtte-grupper	Relevante sundhedsmyndigheder, sundhedspersonale, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Procedurer for effektiv brug af lønnet og frivillig ammeekspertise formuleret

4.7. Støtte i familien, lokalsamfundet og på arbejdspladsen

Anbefalede formål	Ansvar	Effekter og resultater
4.7.1. At give tilstrækkelig information og støtte til ammende mødre, deres partnere og familier, inklusiv information om anerkendte ammestøtte netværk, både lønnede og frivillige	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, sundhedspersonale, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Ammende mødre og deres partnere får automatisk denne information og støtte

4.7.2. At opfordre til støtte fra familien gennem offentlig uddannelse og lokale projekter og gennem programmer i lokalsamfundet baseret på samarbejde mellem frivillige og lønnede sundhedsformidlere	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, sundhedspersonale, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Lokale tværfaglige projekter etableret og evalueret
4.7.3. At identificere og imødekomme de specielle behov hos førstegangsfødende, indvandrere, unge mødre, enlige mødre, kvinder med kort uddannelse og andre i samfundet, som har mindst sandsynlighed for at amme, inklusiv mødre med negative ammeerfaringer	Relevante sundheds- og socialmyndigheder, sundhedspersonale, peer rådgivere, mødre-støtte-grupper	Grupper i samfundet med forskellige behov mht. information og støtte identificeret og imødekommet hensigtsmæssigt
4.7.4. At opfordre til ammevenlige strategier/rammer på offentlige steder og til at beskytte kvinders ret til at amme, når og hvor de vil	Nationale og regionale regeringer, relevante sundheds- og socialmyndigheder	Udbredte ammevenlige strategier/rammer indført og sat i værk

5. Monitorering

For at sikre effektiviteten af en handleplan må monitoreringsprocedurerne være integreret i implementeringen. For at kunne sammenligne skal monitorering af ammefrekvenser være udført ved hjælp af standardiserede almenkendte dataindsamlingsmetoder. WHO anbefaler, at følgende ammedefinitioner bruges [21,22]:

- Eksklusiv amning: spædbarnet får kun modermælk fra sin mor eller en amme; og ingen anden væske eller fast føde med undtagelse af dråber eller saft, der består af vitaminer, mineraltilskud eller medicin.
- Overvejende amning: spædbarnets dominerende ernæringskilde er modermælk. Men det må også få vand og vandbaserede drikke; Oral Rehydratione Solution (ORS); dråber og saftudgaver af vitaminer, mineraler og medicin; og rituelle væsker (i begrænset mængde). Med undtagelse af frugt

juice og sukkervand er ingen anden madbaseret væske tilladt under denne definition[15].
- Blandet ernæring: spædbarnet modtager både modermælk og fast (eller halvfast) føde.
- Ingen amning: spædbarnet får ingen modermælk.

Data om de ovenstående ernæringskategorier kan indsamles i alle aldre. For eksempel kan data indsamles 48 timer efter fødslen (genkaldelsesperiode: fra fødslen), hvad enten fødslen foregår på hospitalet eller i hjemmet - og ved 3, 6 og 12 måneders alderen (genkaldelsesperiode: foregående 24 timer; det betragtes som sværere for mødre at genkaldte sig deres barns ernæring helt præcist over længere tidsperioder).

Det er generelt accepteret, at aktuelle ammestatus data, der er indsamlet ved brug af 24/48 timers genkaldelsesperioder, er mindre præcise end data indsamlet gennem mere intensive metoder (fx hver uge) og fortløbende siden fødslen. Men til monitoreringsformål, dvs. med det formål at frembringe omfattende ammedata igen og igen, repræsenterer data om den aktuelle status det bedste kompromis mellem nøjagtighed og gennemførlighed. Hvis data skal bruges til forskningsbrug er en fortløbende dataindsamlingsmetode at foretrække.

Det er også anerkendt, at WHO's ammekategorier ikke tillader finere skelnen; for eksempel klassificeres både moderen, der giver modermælkserstatning lejlighedsvis og derfor næsten ammer fuldt, og moderen der kun ammer lejlighedsvis begge under 'blandet ernæring'. Desuden tillader WHO definitionen på 'blandet ernæring' ikke en skelnen mellem ernæring med og uden brug af modermælkserstatning. Monitoreringssystemer, eller oftere operationel forskning, der ønsker at opnå en bedre forståelse af forskellige spædbørnsernæringsmønstre kan tilføje flere kategorier til WHO definitionerne, hvis de alligevel bruger disse for at kunne sammenligne internationalt.

Dataindsamling kan være baseret på hele befolkningen, dvs. indarbejdet i eksisterende national eller regional monitorering af sundhed og velfærd hos mødre og børn. Yderst vigtig i fortolkningen/anvendelsen af data, der er indsamlet på denne måde, er nøjagtigheden (se ovenstående afsnit), den relative 'dækningsgrad' af de indsamlede data og timingen af offentliggørelsen. Dataindsamling kan også være baseret på repræsentative stikprøveundersøgelser udført med jævne mellemrum. I dette tilfælde må stikprøverne være repræsentative for målgruppen,

[15] Summen af eksklusiv og overvejende amning kaldes fuld amning

og prøvernes størrelse skal beregnes, så den tillader sammenligning mellem undergrupper i befolkningen og efterfølgende dataindsamlinger, hvis dette er hensigten med den planlagte undersøgelse.

Den aktuelle udgave af Den Europæiske Community Health Indicators list (februar 2004)[16] inkluderer:
- amning og eksklusiv amning ved 48 timer;
- amning og eksklusiv amning ved 3 og 6 måneder;
- amning ved 12 måneder;
som anbefalet af andre EU projekter (fødsels-, børne- og offentlige ernæringsprojekter). Denne formulering er endnu ikke tilstrækkelig til at føre til standard definitioner og dataindsamlingsmetoder. Der er behov for mere arbejde for at nå til enighed og udsende praktiske retningslinjer.

Monitorering og evaluering af praksis i sundheds- og socialtjenester og af implementering af strategier, love og kodeks skal også være en integreret del af handleplanen. Kriterierne for monitorering af praksis skal tilpasses lokale omstændigheder og operationelle planer. Men det er dog en god idé at inkludere i det mindste nogle generelle kriterier, for eksempel dem der er udviklet af WHO og UNICEF til Det Spædbarnsvenlige Initiativ for at sikre en vis sammenlignelighed indenfor og mellem landene. Nogle ammepraksis standarder og indikatorer for indsatser kan integreres i systemer til akkreditering af sundhedstjenester og i evaluering af implementering af en national strategi.

5.1. Ammefrekvenser

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
5.1.1. At oprette et monitoreringssystem baseret på alment anerkendte standard definitioner og metoder	Relevante ministerier og myndigheder, nationale statistikinstanser, ammekomiteer	Monitoreringssystemer oprettet, data indsamlet og analyseret regelmæssigt
5.1.2. At indsamle, som supplement til	Relevante ministerier og	Andre relevante variable

[16] http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/ev_20040219_rd04_en.pdf

amning, information om moderens alder og andre sociale variable, som kan hjælpe med at identificere uligheder og socialt dårligt stillede grupper	myndigheder, nationale statistikinstanser	indarbejdet i dataindsamlingssystemer
5.1.3. At udgive og formidle resultater og anvende disse til fremtidig planlægning af ammeinitiativer	Relevante ministerier og myndigheder, nationale statistikinstanser, ammekomiteer	Resultater publiceret, formidlet og anvendt til at planlægge på ny, inklusiv engagement til at tage fat på de uligheder, der er identificeret

5.2. Praksis i sundheds- og socialtjenester

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
5.2.1. At udarbejde protokoller og procedurer til regelmæssig bedømmelse af praksis på hospitaler og i primære sundhedstjenester, baseret på standardkriterier for 'bedste praksis', som de er udviklet til Det Spædbarnsvenlige Initiativ af WHO/UNICEF og af nationale/regionale komiteer	Relevante ministerier og myndigheder, BFHI- og kvalitetssikringskomiteer	Protokoller og procedurer for regelmæssig bedømmelse af alle institutioner indenfor fødsels-, barsel- og børnesundhed – og primær sundhedstjeneste udarbejdet
5.2.2. At iværksætte rutinemæssige patient/klient positiv/negativ feedback procedurer for at kunne fastslå kvaliteten af den ammeinformation og støtte, der gives på føde- og barselsafsnit, børneafdelinger og indenfor primære sundhedstjenester	Direktører for hospitaler og primære sundhedstjenester, kvalitetssikringskomiteer	Procedurer for rutinemæssig feedback fra brugere sat i værk og protokoller udviklet for håndtering af enhver suboptimal procedure, der afdækkes
5.2.3. At monitorere og evaluere dækning,	Relevante	Omfattende dækning af

standard og effektivitet af IUK materiale og aktiviteter regelmæssigt	sundhedsmyndigheder, ammekoordinatorer og komiteer	regelmæssigt evalueret IUK materiale af høj kvalitet til relevant sundhedspersonale og brugere af børnesundhedstilbud
5.2.4. At monitorere tilstrækkeligheden af viden, holdning og praksis i offentligheden om vigtigheden af at amme og måder at støtte og beskytte amningen	Relevante sundheds-, social og uddannelsesmyndigheder	Undersøgelser planlagt og gennemført og resultater formidlet
5.2.5. At kontrollere dækningen og effektiviteten af efter/videreuddannelse	CME myndigheder, ammekomiteer, professionelle organisationer	Færdigheder, kompetencer og oplæringsdækning bedømt
5.2.6. At publicere og formidle resultater og bruge dem i fremtidig planlægning af ammeinitiativer	Relevante ministerier og sundhedsmyndigheder, nationale statistikinstanser, ammekomiteer	Resultater publiceret, formidlet og anvendt til at planlægge igen, inklusiv engagement til at tage fat på identificerede problemer

5.3 Det internationale kodeks, love og strategier

Anbefalede formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
5.3.1. At oprette et kontrolsystem, uafhængigt af kommercielle interesser, med ansvar for at holde øje med overholdelse af Det Internationale Kodeks, undersøge og om nødvendigt retsforfølge lovovertrædelser samt videregive information til den generelle	Relevante ministerier og sundhedsmyndigheder, ammekoordinatorer og komiteer, forbrugerorganisationer	Kontrolprocedurer udviklet og sat i værk; regelmæssig information om brud på Det Internationale Kodeks

offentlighed og relevante myndigheder om ethvert brud, der har fundet sted i det pågældende myndighedsområde		
5.3.2. At kontrollere implementeringen, både i den offentlige og private sektor, af nationale strategier og lovgivninger, inklusiv barselsorlov i relation til amning[17]	Nationale og regionale regeringer, arbejdsgiverorganisationer, fagforeninger, NGO'er, professionelle organisationer	Kontrol gennemført, regelmæssig formidling af klager og resultater

6. Forskning

Udviklingen af handleplanen, og mere præcist gennemgangen af interventionerne [15], afslørede behovet for yderligere forskning i flere enkelte og/eller kombinerede interventioner og deres indflydelse på ammepraksis. Især er der et behov for at undersøge effekten af markedsføringsprocedurer omfattet af Det Internationale Kodeks, af en mere omfattende barselslovgivning, af forskellige IUK tiltag og interventioner og generelt af de offentlige sundhedsinitiativer, der ikke kan undersøges i randomiserede kontrollerede studier [23]. Som et alternativ kan randomisering (tilfældig udvælgelse) anvendes på grupper og lokalsamfund i stedet for på enkeltpersoner; men selv dette er ofte ikke muligt. Andre typer af kontrollerede studiedesign skal anvendes i dette tilfælde, så som ikke-randomiserede kontrollerede studier eller historiske før-og-efter studier, der sammenligner geografiske områder eller befolkningsgrupper [24, 25]. Der er også brug for yderligere forskning i cost/benefit, effektivitet og gennemførlighed af forskellige interventioner.

Kvaliteten af forskningsmetoder skal blive betydeligt bedre, især hvad angår:
- Konsekvens i brugen af standarddefinitioner indenfor ernæringskategorier (inklusiv genkaldelsesperioder) og andre variable;
- Anvendelse af gyldige kriterier til indsamling af studiemateriale (inklusions- og eksklusionskriterier; ingen selv-udvælgelse);
- Anvendelse, når det er muligt, af et passende studiedesign (randomiseret, kontrolleret forsøg og

[17] Regeringer og offentlige tjenester skal generelt vise vejen indenfor dette område

’intention-to-treat’ analyse);
- Anvendelse af tilstrækkeligt stort materiale, foreneligt med den pågældende undersøgelse (fx at afsløre statistisk betydning med smalle konfidensintervaller);
- Passende behandling af confounders (’forstyrrende’ faktorer) og relevant statistisk analyse;
- Anvendelse af passende kvalitative metoder, når der er behov for det.

Ved implementering af forskning er det vigtigt at være opmærksom på, at det ikke er muligt eller etisk acceptabelt at udvælge mødre tilfældigt til amning eller ikke-amning. Bedømmelse af effektiviteten af mødre-støtte-tilbud, inklusiv mødre-støtte-grupper, skal gennemføres med forsigtighed, især retrospektivt, da brugere af disse tilbud generelt er den gruppe i samfundet, der har størst sandsynlighed for at amme. Prospektiv forskning indenfor dette område skal også foregå med forsigtighed på grund af det utal af forstyrrende variable, der er involveret.

Etiske retningslinjer for forskning i amning/spædbørnsernæring udført af sundhedsmyndigheder, sundhedsprofessionelle læreanstalter, skoler og professionelle organisationer skal sikre frihed fra alle konkurrerende og kommercielle interesser. Afsløringen og håndteringen af potentielle interessekonflikter hos forskere er af vital betydning.

6.1. Forskning

Formål	**Ansvar**	**Effekter og resultater**
6.1.1. At støtte forskning i amning, baseret på fastlagte prioriteter og dagsordener, ved brug af fastlagte definitioner, og fri for konkurrerende og kommercielle interesser	Den Europæiske Kommission, regeringer, forskningsinstitutioner, ammekomiteer	Årligt budget for forskning og formidling af resultater; antal forskningsprojekter og publikationer
6.1.2. At støtte og sikre intensiv udveksling af ekspertise indenfor ammeforskning mellem forskningsinstitutioner i medlemslandene	Den Europæiske Kommission, regeringer, forskningsinstitutioner, ammekomiteer, professionelle organisationer	Antal samarbejdsprojekter og -publikationer

Referencer

1. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002. http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm
2. A warm chain for breastfeeding. Lancet 1994;344:1239-41
3. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989. http://www.unicef.org/crc/crc.htm
4. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_iycf.pdf
5. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, Geneva, 1981. http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
6. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration. Florence, 1990. http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm
7. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989.
8. FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992. http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf
9. Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Infant and young child feeding in emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers. Emergency Nutrition Network, 2001. http://www.ennonline.net/ife/ifeops.html
10. WHO/EURO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001. http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf
11. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. Public Health Nutr 2001;4:265-73
12. Société Française de Santé Publique. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000.

13. EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000. http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf

14. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

15. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

16. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997;100:1035-9

17. European Commission. Directive 91/321/EEC. EEC, Brussels, 1991.

18. International Labour Organization. Maternity Protection Convention C183. ILO, Geneva, 2000. http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183

19. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. WHO Regional Publications, European Series n. 87 ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000

20. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA. HIV and infant feeding: a guide for health care managers and supervisors. WHO, Geneva, 2003. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_MS.pdf

21. World Health Organization. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.PDF

22. World Health Organization, Unicef. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO, Geneva, 1993.

23. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. Am J Public Health 2004;94:400-5

24. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 2000;321:694-6

25. Des J, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. Am J Public Health 2004;94:361-6