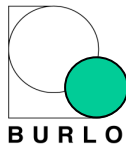




**European
Commission**
Directorate Public
Health and Risk
Assessment



IRCCS Burlo Garofolo
Trieste, Italy



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

Skydda, främja och stödja amning i Europa: en handlingsplan/Blueprint for action (reviderat 2008)

Framtaget och skrivet av deltagarna i projektet:

Promotion of Breastfeeding in Europe

(EU Project Contract N. SPC 2002359)

Reviderat av deltagare i projektet:

Promotion of Breastfeeding in Europe: pilot testing the blueprint for action

(EU Project Contract N. SPC 2004326)

Adress för korrespondens:

Adriano Cattaneo

Unit for Health Services Research and International Health

IRCCS Burlo Garofolo

Via dei Burlo 1

34137 Trieste, Italy

E-mail: cattaneo@burlo.trieste.it

Referera till detta dokument som: EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008. Ladda ner från: http://europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm eller http://www.burlo.trieste.it/?M_Id=5/M_Type=LEV2. Översatt av Elisabeth Kylberg (Amningshjälpen and Department of Women's and Children's Health, Uppsala University)

Innehåll

Introduktion.....	4
Förord till 2004 års version	6
Sammanfattning och förslag	7
I. Introduktion	10
II. Översikt av den nuvarande situationen.....	15
III. Bestämningsfaktorer till amning	17
IV. Sammanfattning av interventioner	19
V. Blueprint for Action - Handlingsplanen.....	21
1. Riktlinjer och planering, genomförande och finansiering	21
2. Kommunikation för beteende- och social förändring (KBSF)	24
3. Utbildning	25
4. Skydda, främja och stödja	26
5. Uppföljning	29
6. Forskning	32
VI Operationella tabeller.....	34
1. Riktlinjer och planering, genomförande och finansiering	34
2. Kommunikation för beteende och social förändring, (KBSF) (Communication for Behaviour and Social Change, CBSC).....	36
4. Skyddande, främjande och stödjande.....	40
5. Uppföljningssystem.....	48
6. Forskning	48
Referenser	49
Författare och granskare.....	53
Annex 1. The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.....	58
Annex 2. Den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar.....	59
Annex 3. Innocenti deklARATIONEN	61
Annex 4. Amningsvänliga sjukhus initiativet (The Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI).....	64
Annex 5. WHO/EURO riktlinjer och planer för livsmedel och nutrition.....	66
Annex 6. ILO konventionen om skydd för mödrar 183 (ILO Maternity Protection Convention 183).....	67
Annex 7. Mall för att analysera situationen	69
Annex 8. Modell för nationella riktlinjer om späda och små barns uppfödning	76
Ordlista.....	77

Förkortningar

BFCI	Baby Friendly Community Initiative (Initiativet för Amningsvänligt samhälle)
BFH	Baby Friendly Hospital (Amningsvänliga sjukhus)
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative (Amningsvänliga sjukhus-initiativet)
CBSG	Communication for Behaviour and Social Change
CME	Continuing Medical Education
CRC	FN:s Barnkonvention
EU	Europeiska Unionen
EUNUTNET	European Network for Public Health Nutrition Networking, Monitoring, Intervention and Training
EURODIET	Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe
FAO	Food and Agriculture Organization
FN	Förenta Nationerna
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
IBLCE	International Board of Lactation Consultant Examiners
IEC	Information, Education, Communication
ILO	International Labour Organization
IYCF	Infant and Young Child Feeding
KBSF	Kommunikation för beteende- och social förändring
MDG	Millennium Development Goals Millennium målen
NGO	Non-Governmental Organization
UNICEF	FN:s barnfond
WHA	World Health Assembly
WBW	World Breastfeeding Week (Världsamningveckan)
WHO	World Health Organization (Världshälsoorganisationen)
WHO/EURO	World Health Organization Regional Office for Europe

Projektet vill rikta ett speciellt tack till
Henriette Chamouillet, Camilla Sandvik och Mariann Skar och Claire DAbin,
Directorate Public Health och Risk Assessment och Public Health Executive Agency , European
Commission,
för allt stöd under projektet.

Introduktion

”Blueprint for Action”¹ lanserades i samband med konferensen ”Promotion of Breastfeeding in Europe” 18 juni 2004, Slottet i Dublin, Irland. Trots att dokumentet var baserat på noggrann analys av situationen, en grundlig genomgång av effektiva interventioner, rapporter av lyckade insatser på såväl nationell som lokal nivå, och consensus hos hundratals individer och grupper som arbetar för att skydda, främja och stödja amning i hela Europa, var dokumentet trots allt en skrivbordsprodukt. Vid tidpunkten då Blueprint presenterades visste ingen om det skulle bli en användbar modell och guide för nationell och lokal planering.

Därför beslöts det att ansöka för ett andra projekt och testa Blueprints användbarhet på fältet. Projektet godkändes och finansierades av Europeiska Kommissionen och startade i maj 2005 i 8 länder (eller regioner): Belgien, Danmark, Frankrike (Rhône-Alpes), Irland, Italien (Toscana), Litauen, Luxemburg och Polen (Lublin).

En del av dessa länder och regioner hade redan en policy och plan för att skydda, främja och stödja amning; en del måste starta från början. Några hade genomfört aktiviteter under flera år och en del halkade efter, detta återspeglas i de stora skillnaderna i den uppskattade prevalensen av hur många mammor som initierat amning och durationen av amning. Alla hade för avsikt att utveckla och revidera övergripande policy och planer för att förhoppningsvis öka effektiviteten av sina interventioner och förbättra amningsstatistik och mammors erfarenheter av amning.

Vid genomförandet av projektet har man stött på svårigheter av varierande natur och grad i olika länder och regioner, som beskrivs i projektrapporten.² Framsteg tog fart i alla deltagarländer/regioner även om det ibland kunde ha gått snabbare och kanske med andra resultat. I alla länder och regioner visade det sig emellertid att Blueprint hade varit en användbar guide för att analysera situationen och utveckla revideringar av strategier och planer eller där detta inte har uppnåtts, för att koordinera aktiviteter på olika nivåer inom hälso- och socialvård.

Baserat på erfarenheter från projektet har Blueprint reviderats och uppdaterats. Innehållet i originaldokumentet bedömdes som så grundligt och noggrant att den reviderade Blueprint inte skiljer sig nämnvärt innehållsmässigt. Däremot har innehållet organiserats annorlunda för att underlätta användningen av Blueprint som ett verktyg för planering av framförallt:

- Politiker och beslutsfattare som nödvändigtvis inte är insatta i amningsfrågor eller involverad i utveckling och revidering av handlingsplaner, men inte desto mindre är viktiga för ”kick off” och framsteg och som kräver en kortfattad information om bakgrund och principer bakom Blueprint.
- Yrkesverksamma som är direkt involverade i utveckling eller revidering av handlingsplaner och som behöver en praktisk vägledning vid olika tillfällen i planeringsprocessen.

Följande förändringar i ordningsföljden av avsnitten och delarna har modifierats och

¹ Ladda ner från http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf

² Ladda ner från http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

införlivats med ny text:

- Original introduktionen med hänvisning till olika dokument, som inte är bekanta för planerare, har nu summerats i annexen.
- Ett avsnitt om ”Vilka svårigheter har identifierats när Blueprint har tillämpats i projekt” har kommit till.
- En översikt av den nuvarande situationen har uppdaterats genom att använda samma frågeformulär som i det tidigare projektet.
- Mindre ändringar har gjorts för att uppdatera avsnitten om bestämningsfaktorer till amning och översikten av interventioner.
- Relevanta och viktiga dokument som rör handlingsplaner för späda och små barns nutrition utgivna efter 2004 har integrerats och finns med bland referenserna.
- Huvudtexten av Blueprint börjar med några tips om hur man kan utföra en analys av den nuvarande situationen. För detta ändamål har samma verktyg använts som i pilotprojektet och som föreslogs i Blueprint-originalet bifogats som annex.
- Avsnittet om policy, planering, genomförande och finansiering inkluderar paragrafer om hur man tar fram en policy (med ett exempel på en policy i ett av annexen) och att ge ut riktlinjer för hur man arbetar praktiskt (med referens till standard riktlinjer framtagna under pilot-projektet).
- Avsnittet om planering är nu utökat med indikatorer för hur man kan prioritera och definiera mål. Avsnittet med genomförande och finansiering har utvidgats och kompletterats med några tips om hur man kan övervaka och följa upp.
- Termerna ”information, utbildning och kommunikation” har ersatts med texten ”kommunikation för förändring av beteende”, för att bättre beskriva målsättning och aktiviteter som beskrivs under denna rubrik.
- Avsnitten om utbildning, skyddande, främjande och stödjande kvarstår i princip oförändrade med bara några förändringar rent språkligt och några uppdateringar.
- Alla tabeller med rekommenderade mål, ansvar, förväntade utdata och resultat har flyttats och står nu efter texten för att underlätta läsningen. Tabellerna är grupperade för att lättare utnyttja och använda tabellerna praktiskt.
- Avsnittet angående övervakning och uppföljning har uppdaterats och förbättrats och tabeller har tagits bort; tabellinnehållet har integrerats i varje aktivitetstabell.
- Listan på författare och granskare har flyttats till efter referenslistan samt en kort ordförklaring kompletterar Blueprint efter annexen.

Den version av Blueprint for Action, som läsaren har framför sig i följande sidor är därför inte innehållsmässigt annorlunda än originaldokumentet, som bekräftar att det var baserat på solid kunskap, praxis och erfarenhet. Förhoppningsvis kommer denna revidering av Blueprint att kunna vara ett användbart redskap för alla de som är intresserade att förbättra hälsa och nutrition hos späda och små barn i Europa.

Observera. De som använder den elektroniska versionen av Blueprint kommer att kunna trycka ctrl+klicka på ord som är understrukna i blått för att snabbt komma till den delen i dokumentet som det refereras till i dessa understrukna ord.

Förord till 2004 års version

Det är med stort nöje som jag kan presentera denna handlingsplan för skyddande, främjande och stödjande av amning i Europa, som har tagits fram i ett projekt som har samfinansierats av Directorate General for Health and Consumer Protection i Europeiska Kommissionen. Främjande av amning är ett av de mest effektiva sätt att förbättra hälsan hos våra barn. Det har också fördelar för mödrar, familjer, samhället, hälso- och sociala systemet, miljön, samhället i stort. Det finns ett antal initiativ på lokal, regional, nationell och internationell nivå som främjar amning. Jag tror emellertid att chanserna för att dessa initiativ ska uppnå goda och bestående resultat kommer att öka om agerande är baserat på sunda planer inkluderande aktiviteter som bevisats ha effektivitet integrerat i ett samordnat program. Detta handlingsprogram ger en ram för att utveckla en sådan plan. Handlingsplanen kommer att vara tillgänglig för alla regeringar, institutioner och organisationer som är villiga att arbeta tillsammans för att skydda, främja och stödja amning. Jag inbjuder alla dessa för att använda handlingsplanen och översätta dess förslag och rekommendationer till agerande.

Jag känner mig förvissad om att dessa planer kommer att bidra till att möta det behov som finns hos de europeiska medborgarna för en bättre information för att stödja den bästa starten i livet för sina barn.

Jag vill tacka gruppen som arbetat och utvecklat denna handlingsplan för deras bidrag.



David Byrne European Commissioner for Health and Consumer Protection

Sammanfattning och förslag

Att skydda, främja och stödja amning är en folkhälsofråga i hela Europa. Låga amningstal och korta amningstider får betydande ogynnsamma konsekvenser för kvinnors och barns hälsa samt negativa konsekvenser för samhället och miljön som i sin tur resulterar i förhöjda utgifter för hälsovård och en ökad ojämlikhet i hälsa. "The Global Strategy on Infant and Young Child Feeding", godkändes av alla medlemsstater i Världshälsoorganisationen (WHO) vid den 55:e Världshälsoförsamlingen (World Health Assembly, WHA) i maj 2002, och utgör en bas för ett viktigt folkhälsoinitiativ nämligen att skydda, främja och stödja amning. Innocenti-deklarationen 2005 betonar ytterligare åtgärder som snabbt behöver genomföras för att försäkra den bästa starten i livet för barn och för att realisera mänskliga rättigheter för nuvarande och kommande generationer.

Omfattande erfarenhet visar tydligt att amning kan skyddas, främjas och stödjas bara genom gemensamma och samordnade aktioner. Denna handlingsplan är skriven av amningsexperter från hela EU och associerade länder samt relevanta intresse grupper, inkluderande mammor. Handlingsplanen är en modell som tar fram riktlinjer för specifika interventioner samt även en uppsättning med interventioner som har en vetenskapligt dokumenterad effekt. Förhoppningen är att tillämpningen av detta dokument ska bidra till att uppnå en förbättring av amningssituationen i hela Europa vad gäller initiering, prevalens av enbart amning samt amningstidens längd; fler föräldrar som är trygga, stärkta och nöjda med sin amningserfarenhet; och hälsoarbetare som har förbättrat sina kunskaper och känner en större tillfredsställelse med arbetet. Detta är i linje med de åtgärder som förutsågs vid konferensen: 2nd WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012.

Rådande budget, strukturer, mänskliga och organisatoriska resurser måste tas med i beräkningen för att utveckla nationella och regionala aktionsplaner baserade på denna handlingsplan. Handlingsplaner ska bygga på klara riktlinjer, stark ledning och adekvat finansiering. Specifika aktiviteter för att skydda, främja och stödja amning skall stödjas av en effektiv plan över information, utbildning och kommunikation samt av passande/tillämplig grund- och vidareutbildning. Uppföljning och utvärdering såväl som forskning i överenskomna prioriterade områden är viktiga för effektiv planering. Denna handlingsplan rekommenderar under sex rubriker möjliga mål för alla dessa aktiviteter, identifierar ansvarsområden och indikerar resultat och mått på resultat.

Policy och planering, genomförande och finansiering

Handlingsplan, riktlinjer och planering En omfattande nationell handlingsplan skall baseras på Global Strategy on Infant and Young Child Feeding och på 2nd WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012 och skall integreras i övergripande nationell hälso- och nutritionspolitik. Specifika delar av dessa riktlinjer ska rikta sig till sociala riskgrupper och barn i särskilt svåra omständigheter för att minska orättvisor. Professionella organisationer ska uppmanas att ge ut rekommendationer och praktiska riktlinjer baserade på dessa nationella program samt motsvarande standardrekommendationer som föreslås av EUNUTNET-projektet. Varje sådant folkhälso- och nutritionsprogram och praktiska riktlinjer ska utvecklas fritt från kommersiell inblandning eller tryck för att undvika risken att integritet och det offentliga förtroendet i den professionella beslutsprocessen undermineras av intressekonflikter. Planer på lång och kort sikt ska utvecklas av relevanta ministerier och hälsomyndigheter, som också ska utnämna kvalificerade samordnare och kommittéer som arbetar över departements- och myndighetsgränser. Tillräckliga mänskliga och finansiella resurser är nödvändiga för att implementera planerna.

Kommunikation för att förändra beteende (KBSF)

Adekvat kommunikation för att förändra beteende är avgörande för återupprättandet av amningskulturen i länder där konstgjord uppfödning har kommit att anses som normen i många år/generationer. Kommunikationsbudskap för att förändra beteende hos individer och samhället måste vara överensstämmande med riktlinjer, rekommendationer och lagar och även överensstämma med praktiken inom hälso- och sociala vårdsektorn. Blivande och nyblivna föräldrar har rätt till fullständig, korrekt och oberoende information om spädbarnsuppfödning, inkluderande riktlinjer för lämplig tidpunkt för introduktion av adekvat tilläggskost, så att de kan göra informerade val. Individuell rådgivning ska ske av adekvat utbildad personal, kamrat-rådgivare (peer counsellors) och mamma-till-mamma stödgrupper. De speciella behov hos de kvinnor som med största sannolikhet inte kommer att amma måste identifieras och åtgärdas. Distribution av reklammaterial om barnmat från tillverkare av produkter som faller under den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar som inte är godkänt av lämplig statlig myndighet skall stoppas.

Utbildning

Grund- och vidareutbildning för alla hälsoarbetare behöver förbättras. Läroplaner för grund- och vidareutbildning samt kompetens för handhavande av amning och laktation och läroböcker ska gås igenom och utvecklas. Evidensbaserade vidareutbildningskurser skall erbjudas till all relevant hälsopersonal, särskilt personal inom mödra- och barnhälsovården. Tillverkare och distributörer av produkter som faller under den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar ska inte påverka material och kursinnehåll. Relevanta hälsoarbetare ska uppmuntras att gå avancerade laktationsutbildningar som ges för att uppfylla kriterium för den bästa amningskompetensen.

Skydda, främja och stödja

Skyddande av amning är i stort baserat på en tillämpning av den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar och påföljande World Health Assembly resolutioner, inklusive mekanismer för att genomdriva påföljder av överträdelser och ett uppföljningssystem som är oberoende av kommersiella intressen; samt på en lagstiftning för mödraledighet som gör det möjligt för alla arbetande mammor att amma enbart i sex månader och att därefter fortsätta. Att främja amning beror på tillämpningen av nationella riktlinjer och rekommendationer på alla nivåer inom hälso- och sociala vårdsektorn så att amning uppfattas som normen. Effektivt stöd kräver ett åtagande att upprätta standards för bästa praxis vid mödra- och barnvårdsverksamhet. På en individuell nivå innebär detta för alla kvinnor att ha tillgång till en stödjande amningsrådgivning inkluderande assistans från lämpligt utbildad hälsopersonal och laktations konsulter, kamrat-rådgivare (peer-counsellors) och mamma-till-mamma stödgrupper. Familjestöd och socialt stöd via lokala projekt och program baserat på samarbete mellan frivilligorganisationer och etablerade hälsoenheter ska uppmuntras. Kvinnors rätt att amma ska skyddas närhelst och varhelst det är nödvändigt. Alla aktiviteter som strävar att skydda, främja och stödja amning skall anpassas för kvinnor som är mindre benägna att amma och deras familjer.

Uppföljning

Uppföljning och utvärderingsprocedurer ska integreras i genomförandet av en aktionsplan. För att försäkra jämförbarhet, ska uppföljning av initiering av amning, omfattning av exklusivitet och amningstidens längd genomföras med standard-lista på indikatorer, inkluderande definitioner och metoder baserade på WHO rekommendationer för att garantera möjligheten att jämföra på global nivå. Dessa har man ännu inte kommit överens om i Europa; mer arbete krävs snarast för att utarbeta samstämmighet och ge ut praktiska riktlinjer.

Uppföljning och utvärdering av verksamhet vid hälsocentraler och sociala inrättningar, av genomförande av riktlinjer, lagar och koder, av omfattning och effektivitet av kommunikation för att förändra beteende och av omfattningen och effektiviteten inom utbildningar, genom att använda standardiserade kriterier skall också utgöra en del i aktionsplanen. Resultaten av övervaknings- och utvärderingsaktiviteter skall användas vid omplaneringar.

Forskning

Forskning behövs för att belysa effekten av marknadsföring som lyder under den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar, av en mer omfattande lagstiftning angående mödraledighet, av olika grepp och interventioner inom kommunikation för att förändra beteende, och generellt offentliga initiativ. Det krävs ytterligare forskning för att belysa relationen kostnad och nytta, kostnadseffektivitet och genomförbarheten av olika interventioner. Kvalitén av forskning metodik måste ständigt förbättras, speciellt med hänvisning till studiedesign, att vara konsistent vid användning av standard definitioner rörande uppfödningsskategorier, och användande av passande kvalitativa forskningsmetoder vid behov. Etiska riktlinjer ska försäkra om oberoende av konkurrerande och kommersiella intressen; avslöjande och handhavande av potentiella intressekonflikter hos forskare är av högsta vikt.

I. Introduktion

Att skydda, främja och stödja amning är en prioritet för folkhälsan i Europa därför att:

- Amning är det naturliga sättet att uppföda spädbarn och små barn. Enbart amning under de sex första månaderna garanterar optimal tillväxt, utveckling och hälsa. (1) Därefter fortsätter amning tillsammans med adekvat tilläggskost att bidra till spädbarnets och småbarnets nutrition, utveckling och hälsa, inkluderande förebyggande av infektioner, övervikt, fetma, cancer och andra kroniska sjukdomar. (2-6)
- Amning främjas och stöds fortfarande inte optimalt på en del hälsoenheter och sociala enheter eftersom vårdrutiner kvarstår på dessa institutioner som snarare hindrar än hjälper effektiv initiering och fortsatt amning.(7,8) Som ett resultat undanhålls många barn i Europa de många fördelar som amning har att erbjuda.
- Låga amningstal och kort amningstid särskilt bland marginaliserade och fattiga kommuner får betydande negativa konsekvenser hälsomässigt och socialt för kvinnor, barn, samhället och miljön, resulterar i större utgifter för den statliga hälsobudgeten samt förvärrar de redan existerande ojämlikheter i hälsa.(9-11)

”Om ett nytt vaccin skulle bli tillgängligt som skulle kunna hindra en miljon eller fler dödsfall bland barn per år, och om det dessutom var billigt, säkert, administreras oralt och inte krävde någon kylkedja, skulle det omedelbart bli absolut nödvändigt inom folkhälsa. Amning uppfyller allt detta och mera, men den kräver sin egna "varma kedja" av stöd - dvs kvalificerad vård av mammor för att stärka deras självtillit och visa hur man kan göra, och skydda dem från riskabla rutiner. Om denna varma kedja har förlorats i kulturen eller inte finns där, måste denna återskapas av en god vårdkedja”. (12)

Att skydda, främja och stödja amning hör självklart hemma inom området för mänskliga rättigheter. Deklarationen om barnets rättigheter (Convention on the Rights of the Child, CRC)(13) antagen av Förenta Nationernas generalförsamling 1989 och ratifierats av hitintills alla länder förutom USA och Somalia. Konventionen slår fast i artikel 24 att *"States Parties erkänner barnets rätt att åtnjuta den högsta möjliga hälsostandard ... States Parties skall sträva efter full implementering av denna rättighet och i synnerhet skall lämpliga åtgärder vidtas ... för att tillförsäkra alla sektorer i samhället, framförallt föräldrar och barn är informerade om och har tillgång till utbildning och stöds i deras användning av baskunskaper om barnhälsa och nutrition, fördelarna med amning, hygien och miljö sanering och förebyggande av olyckor"*.

Folkhälsoinitiativ för att skydda, främja och stödja amning ska baseras på "Global Strategy on Infant and Young Child Feeding" (Annex 1), godkänd av alla medlemsstater i Världshälsoorganisationen (WHO) vid den 55:e WHA (Världshälsoförsamlingen, World Health Assembly) i maj 2002 och av UNICEF, Executive Board i september 2002.(14) Global Strategy bygger på Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar (15) och därpå följande WHA resolutioner (Annex 2);³ Innocenti

³ Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar och dess efterföljande resolutioner från WHA kommer fortsättningsvis att kallas Internationella Koden i dokumentet.

deklarationen från 1990 (Annex 3); (16) och WHO/UNICEF Amningsvänliga sjukhus initiativ (Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI) (Annex 4).(17) I Innocenti deklarationen från 2005 betonas det ytterligare vikten av att agera i enlighet med målen i Global Strategy (Annex 3). (18) Global Strategy följer också 1992 FAO/WHO World Declaration and Plan of Action for Nutrition, (19) och med den 1:a och 2:a WHO European Action Plans for Food and Nutrition Policy, (Annex 5) (20, 21), mål som alla medlemsstater i EU är förpliktigade att uppnå.

Global Strategy uppmärksammar särskilt de speciella behov hos barn i svåra omständigheter^b (låg födelsevikt, undernärda barn, offer för katastrofer orsakade av natur och/eller människa, barn födda med HIV-smittade mammor, barn i familjer med särskilda svårigheter) och inkluderar riktlinjer för läglig och lämplig tilläggskost. EU-länder, både medlemsländer och associerade, rekommenderas att följa "Operational Guidelines on Infant feeding in Emergencies" när de bidrar med humanitär hjälp till andra länder eller hjälp med mat till flyktingar eller asylsökande i EU-länder.(22⁴)

Betydelsen av att skydda, främja och stödja amning har även upprepats i viktiga EU dokument. EURODIET-projektet rekommenderar starkt en översyn av pågående aktiviteter och utveckling samt implementering av "EU action plan on breastfeeding".(23) Efter EURODIET kom det 'Franska initiativet' som lyfte fram nödvändigheten av att främja amning samt få fram ett system för att övervaka och följa upp amning.(24) Det franska initiativet ledde till EU Council Resolution inom nutrition and hälsa, december 2000, där amning erkändes som en prioritet.(25)

Att skydda, främja och stödja amning har förutom konsekvenser för hälsan även stor betydelse för de sociala och ekonomiska villkoren. I många hög-inkomstländer har kostnaderna i hälsosystemet för sjukdomar som kan förebyggas av amning uppskattats till många tusen euros per barn och år. (26-29) Utöver dessa kostnader får föräldrar betala ytterligare hundratals euro för att köpa och handha ersättning samt för indirekta kostnader för hälsovård. (30,31) Ersättning har även en enorm påverkan på miljön på grund av de agrara aktiviteter som krävs för komjölsproduktion, den industriella framställningen och distributionen av produkten, energiåtgången som krävs för att upprätthålla hela produktionscykeln, transport och konsumtion och handhavandet av de enorma mängderna avfall. Till slut, amning är ofta citerat i rapporter från WHO Commission on Social Determinants of Health som en av de faktorer som kan bidra till att reducera nationell och global ojämlikhet.(32,33)

"Blueprint for Action on Breastfeeding in Europe" och tillhörande dokument (34,35) kom som en logisk utvidgning av dessa projekt, förslag, resolutioner, program och aktionsplaner för riktlinjer och erbjuder ett praktiskt verktyg för att föra andan i alla dessa initiativ vidare.

Varför behöver vi Blueprint?

Trots svårigheter i att tyda tillgängliga data, så framstår det som klart att amningsprevalens och amning i praktiken inom EU har långt till den bästa evidensbaserade rekommendationen.(2,14) Global Strategy on Infant and Young Child Nutrition slår fast att: "Som en global folkhälsorekommendation ska barn ammas enbart de första sex månaderna i livet för att uppnå optimal tillväxt, utveckling och hälsa. Därefter, för att möta de växande behoven av energi och näringsämnen ska barn få en näringsmässigt adekvat och säker tilläggskost emedan amningen fortsätter upp till två års ålder eller längre." Omfattande erfarenheter visar tydligt att amning kan skyddas, främjas och stödjas enbart genom

⁴ Andra källor inom detta område är tillgängliga på <http://www.enonline.net/ife/view.aspx?resid=6>

gemensamma och samordnade aktioner. EU länder samordnar för närvarande aktiviteter inom andra hälsoområden inom den sociala sektorn. Aktiviteter inom amning i Europa är för närvarande inte samordnade. Inte alla länder har nationella riktlinjer och handlingsplaner, och även om sådana finns, så handlar man inte i enlighet med dessa eller så motsvarar de inte de universellt erkända bästa evidens-baserade rekommendationer.

Vad innebär Blueprint?

Blueprint är en modell som tar fram de riktlinjer som bör ingå i aktiviteter på nationell och regional nivå för att kunna skydda, främja och stödja amning effektivt. Det viktigaste i respektive steg i aktionsplanen är följande:

Effektiva riktlinjer, planering, ledning och finansiering;

Hög kvalitet på kommunikation för förändring av beteende och social förändring;

Lämplig grund- och vidareutbildning med stödjande vägledning;

Läglig utvärdering och uppföljning av alla initiativ som har startas och pågår.

Blueprint införlivar specifika interventioner och uppsättningar av interventioner, de flesta av de rekommenderade interventionerna har tidigare graderats enligt nivå av evidens som stöder interventionen.(35) Blueprint innehåller också interventioner, som trots att de inte är evidensbaserade, så har det av långvarig erfarenhet visats att de är nödvändiga för att implementera en handlingsplan.

Blueprint är framtagen som en modell där man agerar efter det som erfordras. Några länder/regioner i Europa kanske redan har en bra samordnad struktur och praxis, som är av hög standard och kräver lite eller ingen ytterligare åtgärd. Andra kanske har otillfredsställande koordinerade aktiviteter som inte baseras på riktlinjer eller evidens; nödvändigheten att tillämpa rekommendationerna från Blueprint är mer uppenbart i dessa länder. Information som inhämtats i samband med detta projekt indikerar att situationen i de flesta europeiska länder/regioner befinner sig någonstans mellan dessa två scenarier, vilket innebär att det krävs ett genomtänkt val och anpassning till Blueprint för att komma till rätta med förekommande brister i enskilda nationella och regionala handlingsplaner och praxis.

Blueprint rekommenderar några specifika operationella planer för hela Europa, sådana som är relaterade till marknadsföring av bröstmjölksersättning, till ställningstagande på Codex Alimentarius-möten och till forskning. För andra strategier, erkänner Blueprint att strategier för hela Europa kräver en integration av en mängd olika strukturer och planering för att finansiera i samtliga länder – detta är inte möjligt att genomföra på kort sikt. Operationella strategier eller handlingsplaner, baserade på denna handlingsplan, kan bara bli effektiva på nationell eller regional nivå där man kan betala kostnaderna för rådande budgetar, strukturer, mänskliga och organisatoriska resurser.

Hur kom Blueprint till?

Blueprint har arbetats fram av en grupp amningsexperten som representerar hela EU och associerade länder. Inom gruppen av nationella representanter i projektet var de flesta relevanta nyckelgrupper inom hälsoområdet och intressegrupper representerade, inkluderande representanter från föräldragrupper. Innan Blueprint togs fram, analyserade gruppen den aktuella situationen (rådande amningsprevalenser och praxis) i alla deltagande länder.(34) Gruppen gick sedan igenom amningsinterventioner tillsammans med en analys vilka interventioner som är evidens-baserade för att kunna identifiera gapen mellan vad som görs och vad som skulle kunna göras.(35) Ett utkast av Blueprint skickades ut för granskning av en större grupp av intressenter som representerade olika roller och expertis i respektive land. Den aktuella versionen har reviderats inom projektet promotion of breastfeeding in Europe: pilot testing the Blueprint for Action, som är beskrivet i förordet.

Till vilka vänder sig Blueprint?

Blueprint har för avsikt att informera de nyckelpersoner som arbetar med hälsopolitik och myndigheter på statlig nivå som ansvarar för kvinnor och barns hälsa, välfärd, utbildning och närliggande frågor inom EU och andra länder som deltar i projektet. Det är också tänkt att stimulera samarbete med alla de personer som arbetar i den offentliga och privata sektorn, omfattande frivilligorganisationer (NGOs), som spelar en viktig roll i att skydda, främja och stödja amning. En komprimerad version av det ursprungliga Blueprint är också tillgänglig, som vänder sig till allmänheten och media.⁵

Hur kan Blueprint användas?

Nationella och regionala myndigheter inom områden som folkhälsa, socialarbete och utbildning rekommenderas att tillämpa relevanta aspekter ur Blueprint för att utveckla eller revidera nationella och regionala amningsprogram, initiativ och operationella planer. Genomförandet och utvärderingen av regionala och nationella handlingsplaner baserade på Blueprint kommer att ske under ansvaret från relevanta myndigheter ner till lokala hälsoenheter. En väsentlig del av denna process kommer att kräva förpliktelse och engagemang från relevanta institutioner att arbeta tillsammans för att genomföra de föreslagna aktionerna. Dessa institutioner kommer att inkludera sjukhus, öppenvårdsverksamhet, nationella och regionala statliga myndigheter, relevanta yrkesorganisationer, frivilligorganisationer, skolor, högskolor, universitet, arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer och många fler. Förslag på vilka resultat och hur resultaten kan mätas och uppnås framgår i Blueprint. Indikatorer för framsteg och utveckling skall baseras på dessa då man tar fram nationella och regionala operationella planer.

Vilka svårigheter identifierades av de som tillämpade Blueprint i respektive projektcentrum? Politiker på vissa nivåer kände inte till de frågor och dokumentation som Blueprint tar upp. Detta bidrog till missförstånd rörande t ex hur man skulle prioritera nyckelaktioner och deras praktiska genomförande. Hälsopersonal och medlemmar i NGOs å andra sidan förstod inte alltid politikernas och hälsoplanerarens perspektiv på administration och finansiering. En del problem som förknippades med formuleringar i den ursprungliga versionen av Blueprint uppmärksammades – det var ibland svårt att följa eller tillämpa vissa punkter. Det var framför allt i avsnittet om uppföljning; användarna ansåg att det var bättre att integrera de indikatorer för resultat och utdata som skulle följas och av vem i varje aktivitetstabell, hellre än i ett separat avsnitt men följa texten som den var i ursprungliga Blueprint.

Vilka resultat kan man förvänta av Blueprint?

Förhoppningen är att tillämpningen av Blueprint kommer att bidra till en förbättrad amningspraxis och amningsprevalens (initiering, exklusivitet och amningstidens längd) inom hela Europa;
Att betydligt fler föräldrar ska känna sig trygga, stärkta och nöjda med sin amningserfarenhet;
Förbättrade skickligheter att främja, stödja och skydda amning och därmed bidra till en större tillfredsställelse med arbetet för den stora majoriteten av hälsoarbetare.
Hur man uppnår dessa förväntade resultat beror på genomförandet och avsatta resurser för en rad nationella och lokala handlingsplaner för amning samt om man följer upp och uppdaterar enligt behov.

Blueprint tar även hänsyn till mammor som beslutar att uppföda sina barn med bröstmjölksersättning efter att ha erhållit korrekt och optimal information om uppfödning,

⁵ Se http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a3_18_en.pdf

de ska respekteras i sina beslut samt erhålla det stöd om uppfödning som de behöver. De ska även erhålla information från experter om när och hur tilläggskost ska ges. Eftersom anknytning, omsorg och uppfostran innebär mer än att ge mat, ska allt stöd till mammor omfatta mer än kostråd, för att gynna en optimal relation med barnet.

II. Översikt av den nuvarande situationen⁶

En summering av situationen i de 29 länderna som undersöktes i början av de första Blueprint-projektet kan läsas i den ursprungliga Blueprint; mer detaljer publicerades i tidskrift för folkhälsa (36) och ett fullständigt dokument finns att läsa på nätet.⁷ Samma undersökning gjordes i slutet av 2007 inom detta projekt. Frågeformuläret sändes ut till desamma 29 länder varav 23 länder svarade: Österrike, Tjeckien, Tyskland, Danmark, Grekland, Spanien, Finland, Frankrike, Island, Irland, Italien, Litauen, Luxemburg, Lettland, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Rumänien, Sverige, Slovenien, Slovakien, och Storbritannien (England, Wales, Skottland och Nordirland) Följande är en summering av de viktigaste slutsatserna.

- Vad gäller datainsamling för att följa initiering av amning och amningsprevalens, hade inte mycket hänt mellan 2002 och 2007. Definitioner och metoder var långt ifrån standardiserade såväl mellan som inom länder, vilket gör att det är lika svårt att jämföra data 2007 som 2002. Dessutom hade endast ett fåtal länder nationella data uppdaterade sedan 2002.
- Förbättringar med avseende på initiering av amning rapporterades från Irland, Frankrike och Storbritannien, dvs i de länder som hade väldigt låga siffror år 2002 och som fortsätter att vara lägre än någon annanstans i Europa 2007. Högre andel exklusiv amning vid sex månader rapporterades från Nederländerna och Slovakien, medan det uppenbarligen minskade i Österrike; detta är emellertid beroende av att definitionen på exklusiv amning har förändrats mellan studierna. Andelen som ammade totalt vid sex månader hade ökat i Finland och minskat i Nederländerna och Portugal. Vad gäller amning vid 12 månader var Österrike det enda land som kunde rapportera en ökning.
- 2002 konstaterades att amningsstatistiken i de europeiska länderna inte når upp till WHO's och UNICEF's rekommendationer och inte heller rekommendationer som föreslås i nationella program eller av professionella organisationer – detta är fortfarande giltigt. Även i länder där en stor andel mammor initierar amning faller amningsprevalensen markant under de första sex månaderna. Andelen som ammar exklusivt vid sex månader är lägre än rekommenderat i hela Europa
- Antalet länder med bra nationella program har ökat, och i synnerhet antal länder där man rekommenderar exklusiv amning i sex månader. Bara sex länder utav totalt 23 saknar nationell policy år 2007, jämfört med 11 utav 29 år 2002. Elva länder rapporterar uppdateringar i sina praktiska riktlinjer om amning för att uppfylla den standard som anges i Global Strategy. Denna process kanske har påskyndats av publiceringen av standard rekommendationer framtagna av EUNUTNET-projektet och som har godkänts av många professionella organisationer. (37) Slutligen har åtta länder, inklusive fyra av de som deltog i pilottestningen av Blueprint, utvecklat eller reviderat sina nationella handlingsplaner under denna period, vilket innebär att det nu är 18 länder utav 29 som har en sådan plan, jämfört med 13 utav 29 år 2002.
- En del länder behöver fortfarande uppnå de mål och syften som slogs fast i Innocentideklarationen 1990 för att uppnås senast 1995. Andelen länder med nationell kommitté har ökat från 69% år 2002 till 79% år 2007, men ingen motsvarande förbättring kan ses vad gäller nationell amningssamordnare. Små förbättringar med avseende på finansiellt stöd till nationella kommittéer och samordnare har rapporterats. De uppmanande åtgärder i Innocentideklarationen 2005 tycks inte ha påskyndat förändringsprocessen.
- Förutom i Österrike och Finland har antalet Amningsvänliga sjukhus och andelen barn som

⁶ Se http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

⁷ Se http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_al_18_en.pdf

föds på Amningsvänliga sjukhus ökat i övriga länder. Grekland och Island är de enda länder som inte har något Amningsvänligt sjukhus. Sverige är det enda land som har alla sjukhus utnämnda som Amningsvänliga, men antalet länder med mer än 50% av barnen som föds på dessa sjukhus har ökat från tre till fem och det är en generell uppåtående förändring av distributionen av länder utifrån denna indikator. Amningsvänliga sjukhus initiativet är utan tvivel det område där fler förbättringar rapporterats år 2007 jämfört med år 2002 som bekräftats av det faktum att alla länder har en samordnare för Amningsvänliga sjukhus, jämfört med 20 utav 29 år 2002. Dessutom är många länder engagerade i andra Amningsvänliga initiativ som riktar sig till primärhälsovården, barnsjukhus, neonatalvårdsavdelningar och skolor för hälsopersonal. Antalet stora undervisningssjukhus som är utnämnda som Amningsvänliga är få antagligen beroende av att vidareutbildning fortfarande tycks vara inadekvat.

- Å andra sidan, ökar vidareutbildning med kvalitetssäkrade kurser. Alla länder förutom Irland och Litauen har introducerat WHO/UNICEF's 18-timmars-kurs om amning i praktiken och/eller WHO/UNICEF's 40-timmars-kurs om rådgivning, eller anpassade versioner av dessa kurser. I en del länder (Danmark, Norge, Sverige) anses dessa kurser för basala. Antalet IBCLC ökar i de flesta länder, som tyder på behov av experter som laktationskonsulter.
- Inga förändringar har rapporterats om lagstiftning i samband med mödra-ledighet eller marknadsföring av bröstmjölksersättningar. Detta är förståeligt eftersom sådana förändringar vanligtvis täcker längre perioder och också är beroende av EU konventioner och direktiv. Vad gäller den Internationella Koden tillämpar de flesta länder EU-direktivet från 1991 (38), som inte täcker alla åtgärder rekommenderade i Internationella Koden eller WHA resolutioner. I december 2006 utgav Europeiska Kommissionen ett uppdaterat Direktiv (39), detta kommer inte att förändra tillämpningen av Internationella Koden nämnvärt. Under tiden har några länder följt upp efterlevnad av Koden och funnit överträdelser som är systematiska.
- De flesta länder, har en lagstiftning om mödraledighet som är relevant för amning som går utanför de minimi-standards som rekommenderas av ILO 183 Convention (40), även om bara 8 EU-länder har ratificerat ILO-konventionen: Österrike, Bulgarien, Cypern, Ungern, Italien, Litauen, Rumänien och Slovakien. I de länder som inte har lagstiftning som uppnår ILO standards beror det framförallt på bristen på föreskrifter om rätt att amma på arbetstid. Dessutom många kategorier av arbetande mammor (dvs kvinnor anställda för mindre än 6-12 månader då hon ansöker om mödraledighet, tillfällighetsarbetare, oregelbundet deltidsarbete och praktikarbete) täcks inte av lagstiftningen i många länder. Till slut, de flesta nationella lagstiftningar har inte anpassats för att mammor fullt ut ska kunna tillämpa de rekommendationer om uppfödning av späda och små barn enligt Global Strategy
- Alla länder rapporterar förekomst av organisationer och grupper som arbetar med mamma-till-mamma stöd och "kamrat-rådgivare"; antalet grupper ökar liksom den täckning av stöd som de kan ge, även om det är uppskattat att vara medium till hög bara i några få länder. Graden av samarbete mellan dessa grupper förbättras långsamt liksom integreringen och samordningen med relevant lagstadgad service. Ekonomiska medel för kommunikation ökar också med en konsekvent ökning av framställning av material (dvs broschyrer, informationsblad, videos, kampanjer), inkluderande det som används för Världsamningsveckan.

III. Bestämningsfaktorer till amning

• För att en handlingsplan ska vara effektiv och genomförbar måste hänsyn tas till faktorer som påverkar amning. Bestämningsfaktorer måste även beaktas när man utformar protokoll för uppföljning av amnings attityder, praxis och frekvens. De olika områden som påverkas av dessa bestämningsfaktorer innebär att effekterna behöver följas upp och åtgärdas på vederbörlig nivå inom hälsosystemet och i samhället generellt. Många av dessa faktorer kan påverka i olika riktningar beroende av den specifika lokala situationen. Till exempel mammans utbildning och anställning kan ha betydelse för längre eller kortare amningsduration i olika populationer. Bestämningsfaktorer till amning kan kategoriseras på olika sätt. Tabellen nedan visar en möjlig kategorisering och en listat på faktorer som är kända att påverka initiering av amning och amningsduration. (41)

Mamma, barn, familj	<ul style="list-style-type: none"> • Ålder, paritet, fysisk och psykisk hälsa hos mamman • Amningserfarenhet hos mamman själv och av hennes tidigare barn • Utbildning, arbete, samhällsklass, etniskt ursprung, bostadsområde • Kunskap, attityd, tillit till sin egen möjlighet att amma • Civil status, familjestorlek, stöd från pappa/partner och familj • Livsstil (rökning, alkohol, droger, kost, fysisk aktivitet) • Födelsevikt, gestationsålder, förlossningssätt, den nyföddes hälsa • Tillgång till förebilder som har haft en positiv amningserfarenhet
Hälsosystemet	<ul style="list-style-type: none"> • Tillgång till mödrahälsovård och kvalitetsvård • .Assistans av god kvalitet under förlossning och under de första dagarna • .Tillgång till BB-vård för mor och barn av god kvalitet • .Typ och kvalitet på professionellt stöd för att genomföra amning • Tillgång till kamrat-stöd (peer counselling) och mamma-till-mamma stöd
Folkhälso-strategier	<ul style="list-style-type: none"> • Nivå av prioritet och finansiellt stöd till amning • Officiella strategier, rekommendationer och planer • System för uppföljning och övervakning av amning • Kvalitet av undervisning till hälsopersonal • Finansiellt stöd till frivilliga mamma-till-mamma organisationers aktiviteter (t ex Amningshjälpen) • CBSC och användning av olika media för amningsfrämjande arbete
Samhällspolitik och kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Lagstiftning och upprätthållande av den Internationella Koden • Lagstiftning av mödraledighet och dess efterlevnad • Representation och ge en adekvat bild av spädbarnsuppfödning och ta hand om sina barn i media • Hinder och barriärer för att amma offentligt • Förekomst och nivå av samhällsbaserad mamma-till-mamma stödorganisationer • Nivå av medvetande och kunskap i samhället

Bestämningsfaktorer har också kategoriserats enligt följande (42):

- Demografiska, sociala och ekonomiska karakteristika av mamma och familj.
- Strukturerat och socialt stöd.
- Hälsa och risk status för mamma och barn.
- Mammans kunskap, attityder och färdigheter.
- Aspekter på uppfödningmönster/regim.
- Hälsovårdens organisation, riktlinjer och praxis.
- Kulturella, sociala, ekonomiska, kommersiella och miljö faktorer.

IV. Sammanfattning av interventioner⁸

Interventioner för att skydda, främja och stödja amning, ska som alla andra interventioner inom hälsovård och folkhälsa, i bästa fall baseras på bevis för att det är effektivt. Den genomgång av interventioner som det initiala projektet genomförde tog i beaktande utöver kontrollerade studier, rapporter om lyckade erfarenheter. Projektet insåg att många aspekter av att skydda, främja och stödja amning, speciellt de som inte är relaterade till hälso- eller vårdsektorn är inte tillgängliga för en rigorös utvärdering av effektivitet underförstått konceptet evidensbaserad medicin. Interventionerna indelades i kategorierna riktlinjer och planering; information, utbildning och kommunikation för beteendeförändring; utbildning; och skyddande, främjande och stödjande av amning. I varje kategori graderades interventionerna efter kvaliteten på evidens.

Översikten leder till följande slutsatser om effektiviteten av interventioner:

- Kombinationen av flera evidensbaserade strategier och interventioner inom mångfasetterade integrerade program tycks ha en synergistisk effekt.
- Mångfasetterade interventioner är speciellt effektiva när de riktar in sig på så väl initiering av amning, som amningstidens längd och enbart amning, utnyttjande av mediakampanjer, hälsoutbildningsprogram anpassade till den lokala situationen, innehållsrik utbildning av hälsoarbetare och nödvändiga förändringar i nationella/regionala riktlinjer samt riktlinjer för sjukhus.
- Effektiviteten av mångfasetterade interventioner ökar då kamrat- stödprogram (peer counsellor) är inkluderade, särskilt i relation till enbart amning och amningstidens längd.
- Interventioner som spänner över graviditet och nyföddhetstiden inkluderande de avgörande dagarna kring förlossning, tycks mer effektiva än interventioner som fokuserar på en enda period. BFHI är ett exempel på en vidsträckt intervention med bevisad effektivitet och dess omfattande genomförande rekommenderas starkt.
- Interventioner inom hälsosektorn är speciellt effektiva när man kombinerar olika sätt involverande utbildning av personal, utnämmande av amningsrådgivare eller laktationskonsult, ha skriven information för personal och klienter och samvård (rooming-in).
- Utbildningsinterventioner som fokuserar på initiering och amningstidens längd är endast påvisad effekt då tillämpad praxis överensstämmer med det som lärs ut.
- Information om amning som förmedlas via broschyrer och telefonsamtal till blivande föräldrar är mindre effektivt än om information ges i mellan fyra ögon. Att enbart använda tryckt material är det minst effektiva interventionen.
- Effektiviteten av program som utsträcker BFHI utanför mödravårdsinrättningar och inkluderar primärhälsovården och/eller barnsjukhus, detta har nyligen implementerats.
- Utvecklingen av genomförande av lagar, koder, direktiv, riktlinjer och rekommendationer på olika nivåer (nationell, regional) och i olika situationer (arbetsplats, sjukhus, kommun) representerande viktiga interventioner är trots allt svårt att i nuläget samla bevis för att de är effektiva (få studier, huvudsakligen med flera interventioner samtidigt).
- Interventioner på arbetsplatser är särskilt effektiva då mammor har en flexibilitet att kunna arbeta deltid och ha garanterad arbetsskydd samtidigt med erbjudande om rätt att ta amningspauser. Dessa förmåner, vare sig detta är garanterat genom lagstiftning eller genom att arbetsplatsen har en stödjande riktlinjer, involverar ledighet utan att mista ersättning under arbetsdagen för att amma eller pumpa ur mjölk med passande utrymme som arbetsgivaren

⁸ Se http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a2_18_en.pdf

ansvarar för.

Efter slutförandet av ovanstående översikt har andra översikter och riktlinjer för interventioner publicerats. (43-46) I stort sett konfirmerade dessa uppdaterade översikter och riktlinjer de resultat som den första översikten i Blueprint kom fram till.

Beslutet att genomföra en rad interventioner förutsätter att man tar hänsyn till genomförbarhet och kostnader i tillägg till effektivitet. Genomförbarheten och kostnader är specifikt för varje land och område eftersom de beror på lokala ekonomiska, sociala och kulturella förutsättningar. Politisk övertygelse är betydelsefullare för att lyckosamt genomföra en amningsintervention än frågor som rör genomförbarhet och kostnader. Det är väl känt att i en ideal situation där kostnaden inte är primärt avgörande blir en folkhälsointervention som kostar mer kanske bedöms som genomförbar baserad på ekonomin samt en positiv kvot för fördelar/kostnader. Några strategier och interventioner kan kanske rekommenderas även om de inte är så starkt evidensbaserade; detta gäller i samband med lagstiftning och allmänna riktlinjer som inte är tillgängliga för noggranna vetenskapliga utvärderingar. Ändå visar erfarenhet och experters uppfattningar att dessa interventioner har positiv påverkan på lång sikt på antalet mammor som ammar.

Till slut ett program för att skydda, främja och stödja amning är inte bara en lista olika interventioner. Interventioner är vanligtvis mångfasetterade, interrelaterade och integrerade för att maximera deras kombinerade och kumulativa effekter. Dessutom kommer effekten att bero på kontinuitet, eftersom en förändring i beteende hos mammor, familjer och hälsoarbetare och hos uppfostringskulturen i ett givet samhälle, kräver att interventioner och program blir ihållande för en tillräckligt lång tid.

V. Blueprint for Action - Handlingsplanen

1. Riktlinjer och planering, genomförande och finansiering

Analysera situationen

Processen att ta fram riktlinjer och planera, kanske för att utveckla en ny plan eller att revidera en gammal, startar från en situationsanalys. Deltagarna i pilot-projektet tyckte att en idé som ursprungligen kom från Skottland var användbar. Detta betyder att Blueprint bör användas som en mall eller en checklista, med utrymme för kommentarer för att avgöra antalet rekommenderade mål som redan är uppfyllda helt eller delvis och lista de som ännu inte är uppfyllda. (Annex 7)

Utveckla riktlinjer/policy

En policy är en serie av uttalanden som definierar aktioner som en nationell eller lokal offentlig myndighet beslutar att praktisera för att uppmärksamma en angelägenhet som rör folkhälsan, som t ex hur man ska uppnå optimal spädbarns- och småbarns-uppfödning. En del länder har redan sin egen policy. Andra länder kanske ännu inte har utvecklat en policy eller måste revidera den innan eller medan de utvecklar en handlingsplan. Annex 8 presenterar en modell på hur ett policy-dokument kan skrivas. Länder behöver självklart anpassa denna modell till deras specifika situationer. När riktlinjerna är anpassade kan de förmedlas till alla relevanta hälsoarbetare som har hand om mammor och späda och små barn. En policy behöver vanligtvis revideras var 3-5 år eller oftare om nya evidens kräver det. Det är viktigt att följa upp genomförande.

Att ge ut praktiska riktlinjer

Praktiska riktlinjer behövs för att genomföra de uttalanden och uttryck som är representerade i policyn. Åter igen, en del länder kanske redan har sina praktiska riktlinjer medan andra länder kanske måste starta från början eller revidera sina gamla riktlinjer. Deltagarna i pilot-projektet upplevde att de standardrekommendationer som tagits fram i det EU-finansierade projektet: EUNUTNET var användbara för detta syfte. (37⁹) Som många andra dokument av det här slaget, behöver dessa rekommendationer också anpassas lokalt utöver reguljär uppdatering baserat på tillgänglig evidens. Naturligtvis ska praktiska riktlinjer tas fram i samarbete med alla professionella organisationer involverade i späda och små barns uppfödning.

Planering

Omfattande nationella/regionala planer som framhåller effektivt skydd, främjande och stödjande av amning ska tas fram baserade på Global Strategy och på "Planning Guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding"¹⁰ Alla planer rörande amning eller hellre späda och små barns uppfödning, skall integreras i generella hälsoplaner med speciell betoning på behoven i de socialt missgynnade kommunerna.

Fastställ prioriteringar

⁹ Dessa rekommendationer är tillgängliga för att ladda ner från http://burlo.trieste.it/?M_Id=5/M-Type=LEV2 och också på ILCA's (International LActation Consultant Association) hemsida ilca.org/liason/Infant-and-YongChildFeeding/EUPolicy06English.pdf. Dokumentet är även tillgängligt i andra EU-språk.

¹⁰ Tillgänglig online på http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/Planning_guide.htm

I en plan kan listan på mål som ska uppnås vara kort eller lång. Medan alla dessa mål kan inkluderas i en långsiktig plan är det knappast troligt att de kommer att inkluderas i en kortsiktig plan. Därför är det viktigt att prioritera. Den här övningen kommer att ge olika resultat beroende av den lokala situationen och resurser, som kunde visas i de länder där Blueprint pilottestades. Det är omöjligt att föreskriva vilken process som ska användas för att prioritera. Några principer kan ändå vara vägledande:

1. Identifiera relevanta aktörer och samtidigt hålla i minnet principerna för undvikande och handhavande av intressekonflikter, och involvera dem.
2. Dela med till aktörerna av listan med alla tänkbara mål som kan inkluderas i planen.
3. Kom överens med involverade aktörer om kriterier för att prioritera, dvs:
 - Omfattning eller frekvens av problemet (hur många är drabbade);
 - Svårighetsgrad (antal människor som drabbas av allvarliga konsekvenser);
 - Sannolikheten att lyckas eller att få ett positivt resultat (effektiviteten av interventionen) ;
 - Acceptansen (eller önskvärldheten) hos politiker, chefer, yrkesutövare, allmänhet;
 - Rättvisa (t ex sannolikheten att ett uppnått mål kommer att reducera ojämlikhet);
 - Möjlighet att genomföra och kostnader ska ges tillräckliga resurser.
4. Besluta om vilka skattnings- och utvärderingssystem som ska användas för överenskomna kriterier
5. Samla nödvändig information för att skatta målen baserat på överenskomna kriterier.
6. Förse alla aktörer med tillgänglig information.
7. Upprätta en tidsplan och deadline för återkoppling och beslutsfattande.
8. Samla in poäng och ranking av möjliga mål från de medverkande aktörerna.
9. Kom överens om ett antal hanterbara mål att inkluderas i planen.
10. Lista de valda målen och bekräfta att det är samförstånd.

Definiera mål och skriv en plan

De mål som prioriterats i föregående steg behöver översättas till specifika operationella mål och aktiviteter. För detta syfte och för varje mål:

- Fastställ en tidsram.
- Mätbara utdata och resultat, med klara definitioner som måste identifieras.
- Utse en person som ansvarar för genomförande.
- En översikt om hur man har kommit överens om genomförandet.
- Identifiera nödvändiga resurser för genomförande.

Några mål kanske inkluderar två eller fler sekundära mål som också behöver översättas till operationella mål och aktiviteter som beskrivits ovan. De operationella tabellerna av sektion VI ger en guidning om möjliga personer och institutioner som kan anses var ansvariga för olika mål, antingen på grund av sin roll eller efter överenskommelse som uppnåtts med alla involverade.

Primära och sekundära mål ska indikera så specificerat som möjligt angående utdata och resultat inklusive tidsåtgång. Huruvida mål som ska uppnås periodiskt skall läggas till är en angelägenhet att diskutera. På många ställen används målen som belöning och uppmuntran; mer sällan används mål som straff. Medan det senare borde förbjudas kan det förra ha positiva effekter, (47) och kanske är välkomna särskilt bland hälsopersonal i det lägre lönespannet. Mål ska alltid ses som medel inte som ändamål.

Att planera mål är inte en exakt vetenskap och man ska aldrig betrakta mål som oantastliga. Det kanske har valts fel i första omgången, det kanske har utvecklats eller genomförts fel, eller situationen kan ha förändrats beroende på inre eller externa faktorer som medfört att målet blir olämpligt eller föråldrat. Planerare och ledare måste vara redo att granska och omdefiniera sina rader av mål, handling och aktiviteter som behövs. Sålunda är det av stor vikt med ett bra genomförande och uppföljning.

Genomförande och finansiering

Genomförande kan definieras som en rad aktiviteter med målet att uppnå ett förutbestämt mål. Huvudfunktionerna för genomförande är:

- Besluta om vad som ska göras, var, när och av vem.
- Försäkra att varje aktivitet är genomförd av personer med rätt skicklighet.
- Försäkra att de nödvändiga resurser som krävs för att genomföra aktiviteter är tillgängliga.
- Handled aktiviteter för att försäkra att genomförandet möter givna standards.
- Skapa och/eller bevara goda relationer mellan människor som arbetar i samma team.
- Samordna aktiviteter som genomförs av olika människor och team för att undvika kontraster och överlappning och för att underlätta kommunikationen.
- Analysera gapet mellan planerad och aktuella aktiviteter för att omplanera.
- Försäkra att nödvändig information för uppföljning insamlas och analyseras regelbundet.

En god ledare (den nationelle eller lokala amningssamordnaren) skall alltid vara medveten om faktumet att materiella resurser inkluderande pengar är förnyelsebara. Det finns, emellertid, två särskilda slag som inte är förnyelsebara: tid och människor. Dessa är de resurser som kräver extra omsorg, speciellt den senare eftersom det är bara människor som kan få saker att hända. En ledare borde ha skicklighet att utveckla färdighet att förhandla, dvs kapacitet att förbättra deltagande och engagemang bland aktörerna och att människor känner sig engagerade att genomföra aktiviteter.

Ledande människor är mer komplexa än att handha saker. Att arbeta effektivt och regelbunden lön är inte tillräckligt för att hålla folk nöjda. Arbetet måste vara intressant och stimulerande. Arbetsmiljön och relationerna mellan de yrkesarbetande och med föräldrar måste vara vänlig, om inte angenäm. För att uppnå detta är det viktigt att:

- Dela målsättningar;
- Underlätta goda personliga relationer;
- Delegera och distribuera uppgifter, inkluderande auktoritet och ansvar;
- Samordna aktiviteter med passande kanaler för kommunikation;
- Hjälpa till med personal problem;
- Lös tvister mellan team-medlemmar;
- Förse med tillfällen för utbildning och uppdatering.

Givet det viktiga behovet av god folkhälsa måste en förbättring ske av amningsfrekvensen i hela Europa, tillräckligt med investeringar från relevanta statliga och federala organisationer skall göras för att försäkra att hälsosektorn och frivilliga amningssupport NGOs har nödvändiga resurser för att realistiskt uppnå signifikant bättre initiering, av amning samt att fler ammar exklusivt och amningsduration.

Alla aktiviteter (planering, implementering och uppföljning) skall genomföras i enlighet med den Internationella Koden och relevanta WHA resolutioner och med de skyldigheter och ansvar som listas i Global Strategy och i 2005 Innocentideklarationen.

Uppföljning ("monitoring") av en plan

Termen utvärdering refererar till resultaten av ett mål eller en rad mål. Uppföljning refererar till en kontinuerlig eller periodisk bedömning av aktiviteter som genomförs för att uppnå ett

mål. Uppföljning handlar därmed inte om utvärdering att det bästa blir gjort eller om själva resultaten, det handlar om en process (även om man kan säga att många processer är resultat av andra processer). På något sätt handlar det även om effektivitet och lämpligt användande av resurser.

Uppföljning=monitoring=övervaka:

- Tillgängligheten, konsumtion och användning av resurser, inklusive pengar;
- Kvantitet och kvalitet av aktiviteterna;
- Tidslinjen av aktiviteterna.

Loggböcker, lagerkort, räkenskapsliggare, tjänstgöringslista, checklistor, tidtabeller och standards, nuförtiden ofta tillgängligt i elektroniskt format, är verktyg som en ledare kan använda för hennes/hans uppföljningsfunktion. Varje land och region och ofta en enskild institution, har sin egen uppsättning av sådana verktyg.

Uppföljning kan vara kontinuerlig eller periodiskt återkommande, beroende av den aktivitet som ska följas upp. Periodiciteten får fastställas från fall till fall. En cykel av uppföljning avslutas med en kort rapport. Det är mycket viktigt att dela denna rapport med alla deltagare i teamet, om uppföljningen ska innebära bättre genomförande och större sannolikhet att uppnå målen. Politiker och beslutsfattare på närmast högre beslutsnivå ska också få återkoppling från rapporten och om möjligt även målgruppen eller deras representanter.

2. Kommunikation för beteende- och social förändring (KBSF)

Adekvat KBSF är avgörande för att återskapa en amningskultur i länder där konstgjord uppfödning betraktats som norm under många år eller generationer. Amning är det normala och optimala sättet att mata och nära spädbarn och små barn och ska beskrivas allmängiltigt som sådant genom att presentera exklusiv amning i sex månader och fortsatt amning upp till två års ålder eller längre som något uppnåeligt och önskvärt i allt skrivet och visuellt material. KBSF- budskap för individer och samhällen måste överensstämma med riktlinjer, rekommendationer och lagar, liksom överensstämma med praxis inom hälso- och sociala sektorn.

KBSF för individuella kvinnor och deras familjer

Gravida och nyblivna mammor har rätt till fullständig, korrekt och oberoende information om amning, inkluderande vägledning om säker, läglig och lämplig tilläggskost, så att de kan göra informerade beslut. Rådgivning ”ansikte-mot-ansikte” behöver ges av adekvat utbildade hälsoarbetare, kamrat-rådgivare (peer counsellor) och mamma-till-mamma-stödgrupper. Medlemmar i familjen och släkten, dvs barnets pappa, mammas partner, barnets mor- och farföräldrar skall också inkluderas i rådgivningen. De särskilda behov hos kvinnor som med minst sannolikhet kommer att amma (tex kvinnor från invandrarområden, tonårsmammor, ensamstående mammor, kvinnor som lever i fattigdom och kvinnor med lägre utbildning, osv.) måste identifieras och deras speciella behov och färdigheter behöver mötas aktivt.

Distributionen av material som rör späda och små barns uppfödning som tillhandahålls av tillverkare och distributörer av produkter som faller inom ramen för Internationella Koden och som inte är godkänt av lämplig statlig myndighet skall förhindras på grund av den uppenbara risken för intressekonflikt. Mammor som använder bröstmjölksersättning ska informeras om att detta inte är en steril produkt och att speciella försiktighetsåtgärder är nödvändiga för att tillaga, lförvara och handhavande. (48)

KBSF för samhället

Det kan vara nyttigt i KBSF-information som vänder sig till samhället och även ibland till individuella kvinnor och deras familjer att inkludera information om varför bröstmjolk används när man ska analysera miljöföroreningar. När sådana studier genomförs, är syftet att erhålla en bas för riktade åtgärder och till slut reducera nivån av Persistent organic Pollutants i bröstmjolk på ett sätt som är överensstämmande med att främja human mjolk som den optimala födan för spädbarn.¹¹ I den reviderade 2007 protokollet för den 4:e WHO-koordinerade Survey of Human Milk for Persistent Organic Pollutants, konstaterar WHO tillsammans med United Nations Environment Programme: ”WHO kan nu säga med fullt förtroende att amning reducerar barnadödlighet och innebär fördelar för hälsan som sträcker sig fram till vuxen ålder. På befolkningsnivå, rekommenderas exklusiv amning i 6 månader som uppfostringsätt för den stora majoriteten av spädbarn, följt av fortsatt amning med lämplig tilläggskost upp till två års ålder eller längre”.¹²

Tillgängligheten, standarden och effektiviteten av KBSF material och aktiviteter skall regelbundet följas upp och utvärderas. Medias skildringar av spädbarns- och småbarnsuppfostring skall följas upp och media-organisationerna skall bli guidade och uppmuntrade att skildra och främja amning som något normalt, uppnåbart och önskvärt. Amningskunskap, attityder och uppträdande på samhällsnivå ska också följas upp för att få ett mer informerat tillvägagångssätt för att effektivt främja, stödja och skydda amning.

3. Utbildning

Yrkesutbildning

Generellt behövs det förbättringar inom både yrkesutbildning och vidareutbildning vad gäller spädbarns- och småbarnsuppfostring för alla hälsogrupper inkluderande farmaceuter och apotekare. Curricula på olika nivåer (inkluderande föreskrivna böcker och material) och utbildningsmaterial ska ses över och utvecklas för att garantera kompetensnivåer inom amning och laktation som kan upprätthålla bäst standard i praktiken. En amningsstrategi som riktar sig mot kompetens inom yrkesutbildningar för framtida hälsoservice utexamineras för att kunna effektivt främja, stödja och skydda amning kommer att kunna ge långtidseffekter genom att förbättra stödet till amning och därmed minska kostnad för vidareutbildning.

Vidareutbildning

Behovet av vidareutbildning kanske minskar med tiden men det är alltid ett behov av uppdateringar då nya forskningsrön kommer fram. För närvarande uppfyller WHO/UNICEF's utbildningsmodeller de bästa evidensbaserade standards för utbildning inom amning. (49-51) Ytterligare förbättringar kan erhållas genom att använda en process-orienterad utbildning för att förändra attityder hos hälsopersonal som sedan bidrar till bättre rådgivning och kontinuitet i vården. (52,53)

Prioritet ska ges för att försäkra att alla hälsoarbetare vid frontlinjen och som ger mödra- och barnhälsovård ska få möjlighet att utbilda sig i effektiva amningskunskaper och färdighet. Utbildningen ska omfatta väl kända bästa praxis standards och ska även inkludera praktiska färdighetsmoment. Det ska även omfatta risker med att uppföda med ersättning och de

¹¹ Se <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

¹² Se <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPtechnicalnote.pdf>

säkerhetsmått som måste vidtagas för att minska på dessa risker och garantera säkerhet, särskilt om pulverersättning används.(48)¹³

Tillverkare och distributörer av produkter som omfattas av Internationella Koden skall inte involveras i framtagande av material, utbildning eller sponsring av stipendier eller annan typ av finansiellt stöd till utbildningen inom hälsovården på institutionsnivå eller på individuell nivå. (54) Uppföljning av att de rätt åtgärderna görs och tillgängligheten av kurser skall stödja tillhandahållandet av utbildning och kurser.

Hälsoarbetare inom nyckel områden skall uppmuntras och stöttas att ta del av avancerade amnings- och laktationskurser som uppfyller kriterierna för bästa praxis och kompetens; att kommunicera på nätet mellan amningsspecialister ska underlättas för att öka och sprida kunskap och skicklighet.

4. Skydda, främja och stödja

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding

Främjandet av amning som den normala metoden att föda upp späda och små barn skall var kärnan i all nationell/regional amningspolicy och rekommendationer baserade på Global Strategy och återbekräftad i Innocentideklarationen 2005. Spridningen av dessa riktlinjer till alla grupper av hälsopersonal, akademiskt utbildad hälsopersonal kolleger, NGOs och allmänheten tillsammans med en handlingsplan för att genomföra policy/riktlinjer vill garantera en utbredd omfattning av innehållet i budskapet och förbättra potentialen för att lyckas.

Tillvägagångssättet för att främja amning utanför hälsosektorn kommer att vara beroende av prevalensen av amning i relation till forskningsidentifierade attityder och beteende på regional och nationell nivå. Till exempel, om kulturspecifik forskning identifierat att de flesta människor utformar sina åsikter om barnuppfostran långt innan de ens funderar på att bli föräldrar, då krävs det tidiga insatser med information för att främja amning medan dessa åsikter skapas. Kampanjer för att främja amning på samhällsnivå och som del i hälsoutbildningar under skolåren kan bidra att uppmärksamma dessa frågor. Sofistikerade multi-media kampanjer för att främja kan fokusera på myter kring barnuppfostran och bryta ned barriärer för en universell acceptans och stöd för amning. Interventioner för att främja amning vare sig de siktar på hälsosektorn, skolbarn eller hela samhället, måste det utvärderas för att försäkra kostnadseffektivitet.

Den Internationella Koden

Implementering av den Internationella Koden till nationella lagförslag tillsammans med mekanismer för uppföljning av tillämpning och beivra överträdelser är en viktig förutsättning för att skydda amning från aggressiv kommersiell marknadsföring.

Riktlinjer för amning på nationell och lokal nivå skall se till att hälsopersonal är väl informerade om och fullföljer sitt ansvar i enlighet med Internationella Koden.

En professionell etisk kod som täcker hälsovårdsinstitutioners ansvar och individuella hälsoarbetare för att skydda amning skall utvecklas och även omfatta intressekonflikter i relation till accepterade av kommersiell sponsring till kurser, utbildningsmaterial, forskning,

¹³ Se <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/>

konferenser och gåvor, och betona hur sådan praxis kan få ogynnsam effekt på amning. Information om mål och tillhandahållande av den Internationella Koden tillsammans med metoder att följa upp överensstämmelse och kritisera överträdelser ska också spridas till allmänheten.

Fri ersättning för alla speciellt för utsatta grupper, skall stoppas och ersättas med assistans att stödja amning. I tillägg ska föräldrar till spädbarn och små barn som får ersättning baserat på pulver varnas på lämpligt sätt på förpackningarna att dessa produkter inte är sterila och behöver säker tillagning. (54)

Lagstiftning för arbetande mödrar

Att återvända till arbete utanför hemmet är en annan identifierad barriär för upptagning och fortsättning av amning. Nationell lagstiftning för att skydda mödrar ska ta upp dessa barriärer för amning genom att utvidga omfattningen (dvs inkludera de so arbetardeltid, tillfälligt, studenter osv) och längden av mödraledigheten och rätt att till amningspauser på arbetet för att göra det möjligt för kvinnor i arbete att uppnå optimal amningsduration i linje med rekommendationerna från hälsovården. Informationen ska spridas så mycket som möjligt om de rättigheter i enlighet medlagstiftning kring ”Maternity Protection and Health Safety at Work” baserat på ILO Maternity Protection Convention 183. Emellertid att skydda amning bland arbetande mammor handlar om mer än lagstiftning och involverar kapacitet att mjölka ur , förvara och administrera bröstmjolk, stöd från partner och familj, samt positiv attityd över alla samhällssektorer.

Amningsvänliga Sjukhus Initiativet (Baby Friendly Hospital Initiative=BFHI)

Inom hälsosektorn krävs effektivt stöd och engagemang att etablera standards för bästa praxis i alla mödra- och barnhälsovårdsinstitutioner. BFHI är för närvarande ansedd som den bästa modellen för sakkunnig praktik.¹⁴ Adekvata resurser (pengar, personal, tid) och tekniskt support för utbildning, utvärdering och omutvärdering av sjukhus som deltar i BFHI skall öronmärkas och garanteras årligen. Alla kvinno- och barnsjukhus ska få stöd och uppmuntras att bli Amningsvänligt och de som inte redan är involverade i BFHI skall inte desto mindre förväntas att tillämpa de 10 stegen eftersom dessa anses som bästa praxis. Att uppnå standard för Amningsvänlig utnämning ska införlivas med de standard kvalitetssystem för hälsovården och i nationella praktiska riktlinjer.

I många länder skrivs mammor ut efter ett par dagar från sjukhuset, innan amningen är etablerad. Några länder har därför anpassat BFHI till hälsocentraler. Steg 10 i BFHI ska implementeras, men är kanske inte alltid tillräckligt för att ge stöd av en jämn hög kvalitet över hela den lagstadgade och frivilliga hälsosektorn. Detta kan uppnås genom att förbättra samarbetet mellan sjukhus och andra hälso- och sociala instanser och mamma-till-mamma grupper, och utvidga omfattningen av denna typ av service. Anpassa tillämpningen av BFHI att omfatta i andra hälsovårdsinrättningar än kvinno- och barnsjukhus (dvs primärhälsovård, öppna förskolor, barnsjukhus, apotek, arbetsplatser) kommer att utvidga och förbättra överensstämmelsen och kvalitet av stödjande tjänster.

Den optimala skyddande, främjande och stödjande av amning underlättas av att införa normal fysiologisk förlossningspraxis och hålla medicinska interventioner inkluderande farmakologisk smärtlindring under förlossningsarbetet (55) till ett minimum. Initiativ som baseras på annat än BFHI kanske också stödjer bästa praxis, men behöver utvärderas för effektivitet.

¹⁴ Det nya BFHI-utbildningsmaterialet inkluderar en del om mamma-vänlig förlossningspraxis, med ett utvärderingsinstrument

Stöd från utbildad personal

Medan amningsfrämjande och amningsstöd är grundläggande inom all amningspolicy är det viktigt att lika stort eller större åtagande omfattar att utveckla stödande tjänster för att försäkra att varje mamma som planerar att amma kommer att full tillgång till de stöd hon behöver för att uppnå sina mål och kunna amma så länge som möjligt eller så länge hon vill. Dessutom, om det betonas att skydda och främja amning så ska det finnas ett adekvat och etiskt grundat stödsystem som är lättillgängligt och möta dessa sannolikt ökade behov samt en större efterfrågan på denna typ av service.

Effektivt stöd på individnivå innebär att alla kvinnor ska ha tillgång till en stödande organisation som ger stöd vad gäller spädbarns och småbarns-uppfödning. Denna samhällsservice inkluderar assistans från adekvat kvalificerad personal och laktationskonsulter, kamrat-rådgivare (peer-counsellors) och mamma-till-mamma stödgrupper. Kamratrådgivare och mamma-till-mamma grupper spelar en viktig roll. Denna roll underlättas emellertid av en struktur, rutiner och procedurer, speciellt rådgivning inom mödrahälsovård, BB, neonatal och pediatrika vårdenheter liksom barnhälsovård och andra instanser ansvariga för uppföljning efter utskrivning, som betraktar amning som en prioritet och är organiserat på ett amningsvänligt sätt.

Alla kvinnor ska ha tillgång till effektivt stöd. Kvinnor med speciella amningssvårigheter ska också i rätt tid ha tillgång till experthjälp och stöd från lämplig kvalificerad laktationskonsult eller hälsoarbetare med motsvarande expertis. Kvinnor som slutar att amma innan de vill eller planerat ska uppmuntras att assisterade att undersöka skälen till detta och hjälp att minska känslor av misslyckande och försäkra att denna erfarenhet inte påverkar framtida spädbarnsuppfödning ogynnsamt.

Det krävs ett mycket viktigt och riktat stöd till mammor som har sjuka eller för tidigt födda barn för att säkerställa att deras laktation upprätthålls och att de kan mjölka ur tillräckligt med bröstmjolk (plus information om hur man handskas med och lagrar urmjölkad bröstmjolk) medan deras små barn är för sjuka att amma. Detta stöd skall inkludera att man förser mamman med pump och hjälp med eventuella resor och boende så att mamman kan vara nära och med sin baby så mycket som möjligt. Dessa kriterier kommer förhoppningsfullt att vara basen för att utveckla Amningsvänliga neonatalvårdsenheter.

Donerad mjölk är ett bättre alternativ till bröstmjolk än ersättning och tillgång till förråd av givarmjolk skall vara tillgängligt om nödvändigt. I samband med stöd till kvinnor som väljer att inte amma är det viktigt att informera dessa mammor att pulverersättning inte är en steril produkt och som sådan har inneboende risker. Information om hur dessa risker kan minimeras skall ges baserat på riskbedömning och riktlinjer utarbetade av WHO (48,56)

Regelbundna undersökningar om patienter är nöjda ska genomföras för att granska effektiviteten av stödet och se om det möter patienternas/klienternas behov. Dessa undersökningar skall inkludera mammor som väljer att inte amma för att garantera att deras val blir respekterat och underlättat.

Alla mammor skall få lämplig information om vad, när och hur introduktion kan ske av tilläggskost för att möta barnets ökade behov av näring och hur fortsätta med amningen tillsammans med adekvat tilläggskost.

HIV-positiva gravida kvinnor skall få opartisk, evidensbaserad information om spädbarnsuppfödning med avseende på risker för överföring..av smitta och olika valmöjligheter. Deras beslut i relation till spädbarnsuppfödning ska stödjas och respekteras. Ytterligare information angående olika val av spädbarnsuppfödning för HIV-positiva gravida kvinnor kan hittas i den senaste Consensus Statement. (57¹⁵)

Stöd från utbildade kamrat-stödjare och mamma-till-mamma-hjälppgrupp (motsv. Amningshjälpen)

Tillgängligheten av stöd från utbildade kamrat-stödjare eller mamma-till-mamma-grupper skall stödjas och utvidgas för att garantera att alla kvinnor i praktiken ska kunna få tillgång till denna typ av stöd, särskilt i samhällen med låg amningsprevalens. Kurs-curricula (innehåll, metoder, material, tid) för utbildning av kamrat-rådgivare och kvinnor i mamma-till-mamma-stödgrupper ska utvecklas/ses över och stödjas. Rollen av kamratrådgivare och mamma-till-mamma-stödgrupper kan underlättas mycket genom att förstärka samarbetet och kommunikationen med hälsoarbetare vid olika hälsoinrättningar (t ex MVC, BB, BVC)

Stöd till familjen, samhället och arbetsplatsen

Samarbetsprojekt inbegripet frivilliga och lagstadgade tjänster som erbjuder både expert och kamrat stöd till ammande familjer och deras sociala nätverk ska uppmuntras. Att stödja och skydda kvinnans rätt att amma sitt barn närhelst och var som helst behovet uppstår är grundläggande. Nationella och lokala initiativ som främjar social acceptans av amning utanför hemmet ska uppmuntras. Om nödvändigt, ska regeringar uppmanas att åstadkomma en lagstiftning som skyddar mammans rätt att amma offentligt. Alla dessa initiativ ska särskilt riktas till de behov hos kvinnor som ammar i mindre utsträckning, som förstagångsmammor, invandrare, tonåringar, ensamstående mammor, lägre utbildade och deras familjer.

5. Uppföljning

Uppföljnings- och utvärderingsprocedurer skall vara centrala vid genomförande av en handlingsplan; resultaten från uppföljnings- och utvärderingsaktiviteter ska uppenbart användas för omplanering. För att garantera jämförbarhet, uppföljning av initiering av amning, exklusivitet och duration ska genomföras med standardiserade definitioner och universellt accepterade insamlingsmetoder. Tabell 1 visar definitionen av amning som används vid tvärsnittsstudier om späda och små barna uppfödning, rekommenderade 1991 av WHO. (58,59) eftersom dessa WHO kategorier inte tillåter en detaljerad åtskillnad, kan en del uppföljningssystem eller lokala/regionala undersökningar önska att tillägga kategorier, som måste klart definieras för att i högre grad spegla den rådande situationen. Emellertid, för internationella avsikter är det viktigt att man når en överenskommelse att tillämpa WHO-kategorierna som ett minimum av indikatorer.

Uppgifter om ovan nämnda uppfödningsskategorier kan samlas vid vilken ålder som helst. Till exempel, data kan samlas vid 48-72 timmar efter förlossning (recall-period: från födelsen), vare sig förlossningen äger rum på sjukhus eller hemma, och vid ca 3, 6,12 och 24 månaders ålder (recall-period: föregående 24 timmar; det anses svårare för mammor att återge en noggrann bild av sina barns kost över en längre tidsperiod). Data om barnuppfödning ska inkluderas i existerande informationssystem inom barnhälsovården.

Datansamling kan vara populationsbaserad, dvs införlivad i existerande nationella eller

¹⁵ Se www.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/consensus_statement.pdf

regionala uppföljningsprocesser inom mödra- och barnhälsovård eller socialvård. Av avgörande betydelse i tolkning/användande av data genererade på detta sätt är noggrannheten (se föregående paragraf), den relativa fullständigheten av erhållna data uppsättningar och tidsmässigt relevant publicering. Datainsamling kan också var en studie med representativt populationsbaserat urval, med undersökningar genomförda med regelbundna intervall. I dessa sistnämnda fall, måste samplen vara representativa för avsedd population och sampelstorleken måste räknas ut för att tillåta jämförelser mellan undergrupper inom populationen och efterföljande studier

Tabell 1. Amningsdefinitioner rekommenderade av WHO

Uppfödningsskategorier ¹⁶	Kräver att barnet får	Tillåter att barnet får	Tillåter inte att barnet får
Exklusiv amning (Exclusive breastfeeding, EBF)	Bröstmjolk, inkluderande urmjolkad bröstmjolk eller från en amma	Vitamin, mineral eller medicin i form av droppar	Något annat
Övervägande amning (Predominant breastfeeding, PBF)	Bröstmjolk som den dominerande näringskällan	Som ovan plus drycker (vatten, vattenbaserad dryck, fruktjuice, "rituella" drycker)	Något annat (speciellt icke-humanmjolk, matbaserade drycker)
Amning och kompletterande mat (Breastfeeding with complementary foods, CBF) ¹⁷	Bröstmjolk och fast eller halvfast föda eller icke-humanmjolk	Vilken mat eller dryck som helst inklusive icke-humanmjolk	
Ingen amning (Non-breastfeeding, NBF)	Ingen bröstmjolk	Vilken mat eller dryck som helst inklusive icke-humanmjolk	Bröstmjolk, inkluderat urmjolkad bröstmjolk eller från en amma

År 2007 föreslog WHO i ett consensus dokument nya indikatorer för spädbarns- och småbarnsuppfödning i samband med tvärsnittsstudier.(60) Dokumentet inkluderar åtta huvudindikatorer och sju tilläggsindikatorer (tabell 2) med oförändrade definitioner jämfört med 1991, förutom en mindre detalj angående oral rehydreringslösning:

¹⁶ Summan av EBF+PBF kallas fullamning (full breastfeeding FBF). Summan av EBF+PBF+CBF kallas amning (breastfeeding BF). Summan av EBF+PBF+CBF+NBF i ett givet sampel från en population måste bli 100% eftersom dessa kategorier är uteslutande.

¹⁷ Observera: denna definition skiljer inte spädbarn eller barn som i tillägg till bröstmjolk enbart får bröstmjölksersättning, eller enbart icke-humanmjolk, eller enbart fast eller halvfast föda eller olika kombinationer och proportioner av dessa; definitionen tar inte heller hänsyn till proportionen av bröstmjolk av födointaget under dygnet.

Tabell 2. Indikatorer för spä- och småbarnsuppfödning föreslagna av WHO

Huvudindikatorer ¹⁸	Tilläggsindikatorer
1. Tidig start av amning: andel barn som fötts under de senaste 23.9 månaderna och som lagts till bröstet inom en timme	9. Barn som ammas någon gång: andel barn som fötts de senaste 23.9 månaderna som ammas någon gång
2. Exklusiv amning under 6 månader: andel barn i åldern 0-5.9 månader som får exklusivt bröstmjök ¹⁹	10. Fortsatt amning vid två års ålder: andel barn i åldern 20-23.9 månader som ammas
3. Fortsatt amning vid ett år: andel barn i åldern 12-15.9 månader som får bröstmjök	11. Åldersanpassad amning: andel barn i åldrarna 0-23.9 månader och som ammas enligt rekommendation för respektive åldersgrupp ²⁰
4. Introduktion av tilläggskost, fast föda eller moser: andel barn i åldern 6-8.9 månader som får fast föda eller moser	12. Övervägande amning (predominant breastfeeding, PBF) under sex månader: andel barn i åldrarna 0-5.9 månader som ammas övervägande
5. Minimi-variation av tilläggskosten: andel barn i åldern 6-23.9 månader som får mat från fyra eller fler livsmedelsgrupper ²¹	13. Duration av amning: median duration av amning hos barn i åldern 0-35.9 månader ²²
6. Minimi-antal av måltider: andel barn som ammas eller inte ammas i åldern 6-23.9 månader och som får fast föda eller pureer (även inkluderande mjölkmal för de icke ammade barnen minimiantal måltider eller fler ²³	14. Flaskuppfödning: andel barn i åldern 0-23.0 månader som ges mat per flaska
7. Minimum acceptabel kost: andel barn som får minimum acceptabla kost (bortsett från bröstmjök) ²⁴	15. Hur många mål med mjölk för icke ammade barn: andel barn i ålder 6-23.9 månader gamla som får minst två mjölkmal ²⁵
8. konsumtion av järnrik eller järnberikad mat: andelen barn i åldern 6-23.9 månader som får järnrik eller järnberikad mat speciellt anpassad för späda och små barn eller är berikad hemma	

Nuvarande rekommendation från EU Health Monitoring Programme inkluderar följande indikatorer (61):

- amning och exklusiv amning vid 48 timmar;
- amning och exklusiv amning vid 3 och 6 månader;

¹⁸ Indikatorerna 2-8, 10-12 och 14-15 är baserade på 24 timmars recall. Av dessa indikatorer bör 1, 2, 7 och 8 prioriteras att rapporteras i första hand.

¹⁹ Kan delas upp för åldrarna 0-1, 2-3, 4-5 och 0-3 månader

²⁰ Denna indikator är summan av exklusiv amning under sex månader plus andelen barn 6-23.9 månader gamla som får bröstmjök och tilläggskost (fast föda eller pureer) under föregående dag.

²¹ De sju livsmedelsgrupperna som används för tabulering av denna indikator är: spannmål och rotsaker; grönsaker och nötter; mjölkprodukter (mjölk, yoghurt, ost); kött (Kött, fisk, fågel, lever/ inälvor); ägg; frukter och grönsaker rika på vitamin A; andra grönsaker och frukter.

²² Detta är den enda indikatorn som kräver datainsamling för barn äldre än 24 månader; hur man räknar ut denna indikator förklaras i ett annex i anslutning till WHO consensus dokumentet.

²³ Minimum är definierat som: två gånger för ammade barn 6-8.9 månader; tre gånger för ammade barn 9-23.9 månader; fyra gånger för icke ammade barn 6-23.9 månader.

²⁴ Dessa blandade indikatorer är summan av två fraktioner: andel ammade barn 6-23.9 månader och som har minst minimivariationen på livsmedelsgrupper och minimum antal måltider under föregående dag, plus andelen av icke ammade barn 6-23.9 månader gamla som får minst två mjölkmal och minst minimivariationen på livsmedelsgrupper och minimum antal måltider under föregående dag.

²⁵ Bröstmjölsersättning, kommjök eller mjölk från annat däggdjur.

- amning vid 12 månader

Dessa är även rekommenderade av andra EU-projekt (Perinatal, Child, and Public Health Nutrition projects). Att ha en kort lista med rekommenderade indikatorer innebär dock inte en universell överenskommelse har åstadkommit angående standard definitioner och metoder/samordning av tid i samband med insamling av data. Mer arbete är nödvändigt för att utveckla consensus och utge standard rekommendationer för insamling av data och samtidigt ta hänsyn till WHO-rekommendationerna och förslag.

Övervakning och utvärdering av amningsstandard-praxis inom hälso- och socialvården, omfattningen av hur riktlinjer, lagar och koder har implementerats, omfattning och effektivitet av CBSC-aktiviteter och effektiviteten och ökning av utbildning skall också ingå som en integrerad del i aktionsplanen. Åtminstone ska några av de universella kriterierna för bästa praxis som utarbetats av WHO och UNICEF för BFHI användas för att försäkra en möjlighet att jämföra mellan olika länder.

6. Forskning

Under utvecklingen av denna handlingsplan och en noggrann granskning av interventioner,(35) avslöjades behovet för ytterligare forskning inom flera enskilda och/eller kombinerade interventioner och klarlägga deras effekter på amning i praktiken. Framförallt identifierades ett behov av att belysa effekten på amningsförekomst av kommersiell marknadsföring av bröstmjölksersättningar, av mer omfattande lagstiftning om skydd och ledighet för mödrar, av olika "KBSF-grepp" och interventioner samt även andra generella folkhälsoinitiativ som inte kan utvärderas genom noggranna studier (t ex. randomiserade, kontrollerade studier).(62) Som ett alternativ kan randomisering tillämpas på kluster och kommuner, hellre än individer; emellertid är även detta inte alltid genomförbart. Andra typer av kontrollerad studiedesign kanske behöver tillämpas t ex icke-randomiserade kontrollerade studier eller historiska 'före-och-efter' studier som jämför geografiska områden eller populationsgrupper.(63,64) Kostnad i förhållande till behållning (cost/benefit) kostnadseffektivitet och genomförbarhet av olika interventioner kräver också ytterligare forskning.

Forskningsmetodik av bra kvalitet ska användas både inom den kvantitativa och den kvalitativa forskningen, inkluderande:

- Konsekvensen av användning av standarddefinitioner av uppfödningsskategorier (inkluderande recall perioder) och av andra variabler;
- Användning av valida kriterier för rekrytering av studie objekt (kriterier för intagning och uteslutning; ingen själv-selektering);
- Användning, när det är tillämpligt, av en lämplig experimentell design (randomiserad kontrollerad studie och intention-to-treat analys);
- Användning av lämplig power och sampelstorlek överensstämmande med målsättning av den företagna forskningen (dvs att upptäcka statistiska signifikans med låga konfidensintervall);

- Lämplig behandling av störande faktorer (confounders) med tillbörlig faktoranalys (omfattande baslinjedata);
- Användning av lämpliga kvalitativa metoder som (65):
 - strukturerad, halvstrukturerad djupintervjuer;
 - fokusgrupp-intervjuer med nyckelinformanter;
 - observation av praxis eller respons till olika scenarios;
 - analys av inspelat tal eller beteende (video).

Vid implementering av forskning är det viktigt att notera att det inte är möjligt eller etiskt att randomiserat anvisa mammor till att amma eller inte amma. Utvärdering av effektiviteten av supporttjänster till mammor, inkluderande mamma-till-mamma stöd, ska också annalkas försiktigt, speciellt om retrospektivt, eftersom användare av dessa tjänster generellt oftast är de som med största sannolikhet ammar och är självselektörande. Prospektiv forskning inom detta område skall också närma sig med försiktighet med anledning av en myriad av störande faktorer (confounders) som är involverade.

Etiska riktlinjer för forskning på amning/barnuppfoädnings av hälsomyndigheter, hälsovårdsskolor och professionella organisationer skall tillförsäkra frihet från all konkurrerande kommersiella intressen. Avslöjandet och hantering av potentiella intressekonflikter av forskare är av yttersta vikt. Då bröstmjölk används i forskning för att analysera förekomst av miljögifter s.k. bioövervakning (biomonitoring) är det viktigt att publicering av resultaten inte får underminera de officiella positiva budskapen av amning. WHO har utvecklat ett speciellt protokoll som innehåller amningsinformation till blivande mammor som tillfrågas om deltagande i projekt ang. bioövervakning och med exempel på bra kommunikation.²⁶

²⁶ se <http://www.who.int/foodsafety/chem/POProtocol.pdf>

VI Operationella tabeller

1. Riktlinjer och planering, genomförande och finansiering

1.1. Riktlinjer

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
1.1.1. Att utveckla omfattande nationella riktlinjer baserade på "Global strategy on infant and young child feeding" och integrera dessa i den övergripande hälsoplanen	Relevanta ministerier, nationell amnings- och/eller kommittéer för spädbarns- och småbarns-nutrition	Riktlinjer: utkast, slutfört, publicerat och spritt
1.1.2. Att utveckla specifika riktlinjer för socialt utsatta grupper och barn i exceptionellt svåra omständigheter för att minska på ojämlikhet	Relevanta ministerier, nationell amningskommitté	Riktlinjer: utkast, slutfört, publicerat och spritt
1.1.3. Att uppmuntra professionella organisationer att utge rekommendationer och praktiska riktlinjer baserade på nationella riktlinjer och standardrekommendationer och försäkra att medlemmar följer dessa	Relevanta ministerier, professionella organisationer	Rekommendationer: utkast, slutfört, publicerat och spritt

1.2. Planering

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
1.2.1. Att formulera prioriteter, mål och delmål baserade på omfattande nationella riktlinjer	Relevanta departement, amningskommittéer	Prioriteter, mål och delmål som har fastställts
1.2.2. Att utveckla strategiska planer på lång sikt (5-10 år) inom den nationella hälsoplanen och omplanera efter evaluering	Relevanta departement, amningskommittéer	Strategiskt utvecklad plan, överenskommet och publicerat
1.2.3. Att utveckla nationella/regionala operationella planer på kort sikt (1-2 år) och att planera igen baserat på uppföljningen	Relevanta departement, regionala hälsomyndigheter	Operationella planer utvecklade, överenskomna och publicerade
1.2.4. Att samordna amningsinitiativ med andra folkhälso- och hälsofrämjande planer och aktiviteter	Relevanta departement, regionala hälsomyndigheter	Mellan- och inom sektoriellt samarbetande kommittéer tillsatta; andra folkhälsoplaner och aktiviteter som återspeglar riktlinjer för amning
1.2.5. Att införa ett övervakningssystem för att följa amningsprevalens baserat på universellt överenskomna standard-definitioner och -metoder	Relevanta departement och myndigheter, nationella statistikmyndigheter, amningskommittéer	Övervakningssystem, insamlade data som regelbundet analyseras

1.2.6 Att samla utöver amningsstatistik, länkad information om mammas ålder, utbildning, och socio-ekonomisk status för att underlätta att identifiera omfattningen och arten av olikheter i amningsprevalens	Relevanta departement och myndigheter, nationella statistikmyndigheter	Andra relevanta variabler inkomprerade i datainsamlingsprogrammet
1.2.7 Att publicera och sprida resultaten av amningsstatistiken och länkad information, använda dessa data för att planera framtida amningsinitiativ	Relevanta departement och myndigheter, nationella statistikmyndigheter, amningskommittéer	Publicerade resultat, spridda och använda för vidare planering , inkluderande åttagande att åtgärda identifierade olikheter

1.3 Genomförande

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
1.3.1. Att utse en passande kvalificerad nationell/regional samordnare med tydligt uttalade riktlinjer och planer	Relevanta departement, regionala hälsomyndigheter	Nationella/regionala samordnare utnämnda och förordnade
1.3.2. Att inrätta en nationell/regional tvärssektoriell amningskommitté för att råda/stödja den nationella/regionala koordinatören	Relevanta departement, regionala hälsomyndigheter	Nationell/regional kommitté tillsatt
1.3.3. Att tillförsäkra kontinuitet för nationella/regionala koordinators och kommittés arbete	Relevanta departement, regionala hälsomyndigheter	Amningssamordnare och amningskommittéer möts regelbundet

1.3.4. Att regelbundet följa upp framsteg och periodvis utvärdera resultaten av den nationella/regionala planen	Amningssamordnare och amningskommittéer	Regelbundna rapporter på framsteg och periodvisa utvärderingsrapporter producerade
---	---	--

1.4 Finansiering

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
1.4.1. Att anslå mänskliga och finansiella resurser för att skydda, främja och stödja amning	Regering, relevanta departement och myndigheter, amningssamordnare och kommittéer	Realistisk tilldelade årsbudgetar
1.4.2. Att tillförsäkra att utveckla riktlinjer, planering, övervakning och utvärdering av aktiviteter utförs oberoende av finansiering av tillverkare och distributörer av produkter inom det som den Internationella Koden omfattar	Regering, relevanta ministerier och hälso-myndigheter, amningssamordnare och kommittéer, lokalt ansvariga för hälsovård	Ingen finansiering från företag i branschen är accepterade och källor till finansiering ska vara tydligt och officiellt angivet

2. Kommunikation för beteende och social förändring, (KBSF) (Communication for Behaviour and Social Change, CBSC)

2.1. KBSF för enskilda mammor och deras familjer

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
2.1.1. Att förse blivande och nyblivna föräldrar med individuell, mellan fyra ögon, rådgivning av adekvat utbildade rådgivare (peer counsellors), och mamma-till-mamma stödgrupper	Relevanta hälsomyndigheter, hälsoarbetare, kamratrådgivare, mamma-till-mamma stödgrupper	Utvärdering av föräldrars kunskaper/färdigheter i amning och hur denna information är förmedlad
2.1.2. Att tillförsäkra att allt KBSF material som produceras och distribueras av hälsomyndigheter innehåller tydliga, korrekta och sammanhängande information, är i enlighet med nationella och regionala riktlinjer och rekommendationer och	Relevanta hälsomyndigheter, amningssamordnare och kommittéer, hälsoarbetare, kamrat-rådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma stödgrupper	Tillgängligt material ska motsvara kriteriet för detta delmål; utvärdering av KBSF material och individuell amningsrådgivning ska ske

används för att stötta individ-till-individ interaktion		
2.1.3. Att inkludera kommunikationsmodeller för att skydda amning i KBSF material i samband med användning av bröstmjolk som en indikator på miljöförorening (biomonitoring) ²⁷	Relevanta hälsomyndigheter, amningssamordnare och kommittéer, hälsoarbetare, kamrat-rådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma stödgrupper	Tillgängligt material ska motsvara kriteriet för detta delmål
2.1.4. Att identifiera och aktivt rikta speciell information till förstagångsmammor, invandrare, ungdomar, ensamstående mammor, lågutbildade kvinnor och andra i samhället med låg benägenhet för att amma, inklusive mammor med tidigare svåra amningserfarenheter	Relevanta hälsomyndigheter, amningssamordnare och kommittéer, hälsoarbetare, kamrat-rådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma stödgrupper	All service och material som produceras ska vara av bästa standard och även ta hänsyn till de speciella behov som kännetecknar varje målgrupp
2.1.5. Att identifiera och aktivt rikta information till andra familjemedlemmar och släktingar, t ex mammas partner/barnets pappa, barnets mor-far-föräldrar, syskon, osv	Relevanta hälsomyndigheter, amningssamordnare och kommittéer, hälsoarbetare, kamrat-rådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma stödgrupper	Material och stöd utvecklat/utvärderat för dessa ”signifikanta andra”
2.1.6. Att tillförsäkra att det inte förekommer någon annonsering eller annan form av försäljningskampanjer till allmänheten av produkter som omfattas av den Internationella Koden, inklusive distribution av informationsmaterial producerat/sponsrat av dessa produkt-företag	Relevanta hälsomyndigheter, amningssamordnare och kommittéer	Ingen reklaminformation eller marknadsföringsmaterial producerat eller sponsrat av företag som tillverkar eller säljer dessa produkter ska föras ut via media eller distribueras till allmänheten
2.1.7. Att regelbundet följa upp och utvärdera KBSF material och aktiviteter så att de följer standard, är effektiva och täckande	Relevanta hälsomyndigheter, amningssamordnare och kommittéer	Distribution av regelbundet granskat KBSF-material av hög kvalitet till relevant hälsopersonal och till de som går till mödra- och barnhälsovården

²⁷ Se t ex : <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

2.2. KBSF för samhället

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
2.2.1. Att utveckla och sprida KBSF-paket framtagna som överensstämmer med nationella riktlinjer och rekommendationer, för användning inom hälsovård och sociala service sektorn, på alla nivåer i skolan, för vårdare för spädbarn och barn, med politiker och beslutsfattare, och i media; informationen ska vara gratis vid tidpunkten för förlossning	Relevanta hälso-, sociala, utbildningsenheter, amningssamordnare och kommittéer, professionella organisationer, frivilligorganisationer, mamma-till-mamma grupper	KBSF-paket framtagna och distribuerade; återkommande utvärderingar av hur effektivt dessa har distribuerats
2.2.2. Att presentera enbart amning i sex månader och fortsatt amning upp till två års ålder eller längre som det normala sättet att uppföda och uppfostra späda och små barn i allt skrivet och visuellt material	Alla multi-media organisationer och uppdragsmyndigheter med ansvar för innehåll i böcker, program osv.	Information som anger deras ansvar distribuerat till multi-media organisationer; uppföljningsmetoder finns på plats
2.2.3. Att använda internationella, nationella och lokala amningsveckor för att öka medvetenheten om amning, som ett tillfälle att stimulera offentlig debatt i olika sammanhang och media samt sprida viktig information	Amningssamordnare och kommittéer, alla relevanta aktörer	Mediakampanjer organiserade för att uppmärksamma dessa och publicerade aktiviteter
2.2.4. Att följa upp, informera och utnyttja alla organisationer inom media för att främja och stödja amning och tillförsäkra att det alltid är framställt som normalt och önskvärt	Relevanta hälso-, sociala och utbildningsenheter, amningssamordnare och kommittéer	Multimediaorganisationer försedda med information och uppmuntrade att främja amning som normalt, naturligt och önskvärt. Skildringar i media granskas och feedback ges till media.
2.2.5. Att följa upp amningskunskap, attityder och förhållningssätt på samhällsnivå för att kunna göra ett informerat tillvägagångssätt i samband med att främja, stödja och skydda amning	Relevanta hälso-, sociala och utbildningsmyndigheter	Genomförda studier, resultat som publicerats och som man agerat utifrån

3.1. Yrkesutbildning

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
3.1.1. Att utveckla, eller granska om det finns, en minimi standard (innehåll, metod, tid) av curriculum för yrkesutbildning och påbyggnadsutbildning samt för kompetens i amning och laktation för relevanta hälsoarbetare inklusive farmaceuter	Rektorer på relevanta fakulteter/lärosäten, professionella kompetens myndigheter, nationella amningskommittéer	Curricula och standards för kompetens framtagna/uppdaterade och genomförda
3.1.2. Att utveckla, eller granska om det finns, kurslitteratur och utbildningsmaterial i linje med uppdaterad standard curricula och rekommenderade riktlinjer och planer	Rektorer och lärare vid relevanta fakulteter/lärosäten. professionella organisationer	Läroböcker och undervisningsmaterial framtaget eller uppdaterat samt i användning

3.2. Vidareutbildning

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
3.2.1. Att erbjuda fortsatt tvärvetenskaplig utbildning baserad på WHO/UNICEF eller andra evidensbaserade kurser om amning och laktationskunskap, som del i introduktion och vidareutbildning för all relevant personal, med särskild tonvikt för personal vid frontlinjen inom mödra- och barnhälsovård	Vidareutbildningsansvariga myndigheter, mödra- och barnhälsovårdsinrättningar, vårdskolor, vidareutbildningssamordnare för utveckling i praktiken, professionella organisationer	Vidareutbildning i praktisk tillämpning tillhandahållits all relevant hälsopersonal och erbjudet uppdateringar på en regelbunden bas, baserade på erkända riktlinjer och kurser
3.2.2. Att utveckla, eller granska om det finns, utbildningsmaterial för användning för sådan tvärvetenskaplig fortsatt undervisning, garanterat att material och kurser inte påverkas av tillverkare och distributörer av produkter som faller inom den Internationella Koden.	Vidareutbildningsansvariga myndigheter, vidareutbildningssamordnare för utveckling i praktiken, vårdskolor, amningskommittéer, professionella organisationer	Material framtaget och granskat; protokoll i bruk för att följa upp och tillförsäkra att det inte föreligger några intressekonflikter i innehållet på kurser och i material
3.2.3. Att uppmuntra relevant hälsopersonal att delta ackrediterad avancerad laktationsutbildning och att skaffa IBCLC eller motsvarande certifiering som har visat motsvara bästa praxis kriterier för kompetens;	Vidareutbildningsansvariga myndigheter, arbetsgivare inom hälsovården, IBCLC, professionella organisationer	Antalet certifierade laktationskonsulter per fött barn ökar
3.2.4. Att uppmuntra kommunikation över nätet bland amningsspecialister för att öka kunskap och skicklighet	Professionella organisationer, frivilligorganisationer av allmänt intresse	Adresslistor (mailinglists), websidor och aktiverade diskussionsgrupper

3.2.5. Att övervaka täckningen och effektiviteten av vidareutbildning	Vidareutbildningsansvariga myndigheter, amningskommittéer, professionella organisationer	Färdighet, kompetens utbildningstäckning fastställda
---	--	--

4. Skyddande, främjande och stödjande

4.1. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
4.1.1. Att implementera riktlinjer och planer baserade på Global Strategy och WHO/EURO Action Plans	Socialdepartementet och andra relevanta ministerier	Riktlinjer och planer utarbetade och implementerade
4.1.2. Att göra riktlinjer och planer för amning kända till alla grupper med olika hälsoprofessioner, relevanta akademiska kolleger med olika hälsoprofessioner som erbjuder akademisk utbildning och forskarutbildning, frivilligorganisationer och allmänheten	Ansvariga för hälsovård, Socialdepartementet och andra relevanta ministerier	Hälsopersonal och allmänhet har kunskap om riktlinjer och handlingsplaner för amning
4.1.3. Att regelbundet följa upp framsteg och periodiskt utvärdera resultaten från nationella/regionala riktlinjer och planer	Ansvariga för hälsovård, Socialdepartementet och andra relevanta ministerier	

4.2. Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölksersättningar

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
4.2.1. Att utveckla EU bestämmelser om marknadsföring av bröstmjölksersättningar som inkluderar alla regler och produkter som omfattas av den Internationella Koden som ett minimum krav	Europeiska Kommissionen, nationella regeringar	Föreskrifter skisserade och accepterade av medlemsstaterna
4.2.2. Att tillförsäkra att hänsyn tas till den Internationella Koden i EU ställningstagande vid möten inom Codex Alimentarius	Europeiska Kommissionen Nationella regeringar, amningskommittéer, myndigheter ansvariga för livsmedels säkerhet och livsmedelsstandards	Codex Alimentarius rapporter återspeglar detta ställningstagande
4.2.3. Att utveckla nationell lagstiftning baserad på den	Nationella regeringar, amningskommittéer,	Nationella lagar uppdaterade, procedurer för efterlevnad i

Internationella Koden, inkluderande mekanismer för genomdrivande och åtalande av överträdelser och ett uppföljningssystem som är oberoende av kommersiella kapitalintressen	myndigheter ansvariga för livsmedelssäkerhet och livsmedelsstandards, konsumentorganisationer	överensstämmelse med reglerna i den Internationella Koden ska finnas utarbetade
4.2.4. Att uppmuntra fullständig implementering av den Internationella Koden även innan nya EU bestämmelser kräver detta av medlemsländerna	Nationella och lokala regeringar, amningskommittéer, frivilligorganisationer	Nationella och lokala procedurer för efterlevnad i överensstämmelse med reglerna i den Internationella Koden ska finnas utarbetade
4.2.5. Att informera akademiker och forskare inom hälsosektorn samt hälsovårdspersonal, inklusive farmaceuter, om deras ansvar under den Internationella Koden	Universitetsutbildningar inom hälso- och sociala vetenskaperna, samt medicin, vidareutbildningsansvariga myndigheter, relevanta hälsomyndigheter	Information tillhanda-hållen
4.2.6. Att utveckla etisk kod som täcker kriterier för individuell och institutionell sponsring av kurser, utbildningsmaterial, forskning, konferenser och andra aktiviteter och evenemang, för att undvika intressekonflikter som kan påverka amning ogynnsamt	Professionella organisationer, akademiska institutioner och de som erbjuder vård	Kriterier och riktlinjer utarbetade, publicerade, implementerade
4.2.7. Att sprida information till allmänhet om principerna, avsikten och reglerna i den Internationella Koden och om procedurerna för att följa upp efterlevnad och fördöma överträdelser	Nationella och regionala regeringar, frivilligorganisationer, konsumentorganisationer	Information spridd till allmänheten och till den organisation som är ansvarig för uppföljning
4.2.8. Att fasa ut distributionen av fri ersättning till låginkomstfamiljer, där detta fortfarande förekommer, och ersätta det med incitament och initiativ	Nationella och regionala regeringar, socialvårdsenheter	Fri ersättning till låginkomstfamiljer borttagit och ersatt av incitament och initiativ som är riktade för en ökning av amningsfrekvensen för dessa familjer
4.2.9. Att införa ett uppföljningssystem, oberoende av kommersiella intressen, med ansvar för att kontrollera efterföljande av den Internationella Koden,	Relevanta ministerier och hälsomyndigheter, amningssamordnare, konsumentorganisationer	Uppföljningsprocedurer som har trätt i kraft och som är tillgängliga; regelbundna publicering och spridning av de överträdelser av den Internationella Koden som

utreda och om nödvändigt beivra överträdelser, även framställa information till allmänheten och relevanta myndigheter om regelbrott som ägt rum i relevant instans.		skett.
---	--	--------

4.3 Lagstiftning för arbetande mödrar

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
4.3.1. Att erbjuda nationell lagstiftning för att skydda mödraskap och stödja mammor för att uppnå bästa möjliga amningsrekommendationer	Nationella och regionala regeringar	ILO Konvention 183 ratificerad, lagstiftning uppgraderad
4.3.2. Att tillförsäkra att tillräckliga lagstiftande stöd existerar för möjliggöra för arbetande mammor att enbart amma sitt barn i sex månader och fortsätta därefter i enlighet med de bästa evidensbaserade rekommendationerna	Nationella och regionala regeringar	Effektivt lagstiftande stöd föreskrivet, finansiellt stöd godkänt
4.3.3. Att utöka regler för mödraledighet till kvinnor som inte omfattas av dessa: t ex kvinnor med korttidskontrakt, tillfällighets- och deltidsarbetare, studenter och invandrare	Nationella och regionala regeringar	Lagstiftning utökad, rättvisa för alla arbetande mödrar
4.3.4. Att tillförsäkra att arbetsgivare, hälsopersonal och allmänheten är fullständigt informerade om lagstiftning angående mödraledighet och hälsa samt säkerhet på arbetsplatsen	Nationella och regionala regeringar, personalavdelningar, hälsoorganisationer, arbetsgivarorganisationer, fackföreningar	Ökad medvetenhet om existerande regler för mödraledighet och amning på arbetsplats
4.3.5. Att informera arbetsgivare om fördelar för dem och deras ammande arbetstagare om att underlätta amning i samband med återupptagande av arbetet och de nödvändiga resurser för tillförsäkra att detta är	Relevanta ministerier, hälso- och sociala myndigheter, personalavdelningar, hälsoorganisationer, arbetsgivarorganisationer, fackföreningar	Arbetsgivare informerade om fördelarna och erbjudande av lämpligt stöd på arbetsplatsen

möjligt (flexibel arbetstid, ledighet, utrymme för att mjölka ur samt förvara bröstmjolk)		
4.3.6. Att följa upp implementeringen av nationell policy och lagstiftning både inom den offentliga och den privata sektorn, inklusive lagar som skyddar mödraskap, relaterade till amning	Nationella och regionala regeringar, arbetsgivarorganisationer, fackföreningar, frivilligorganisationer som tillvaratar offentliga intressen, professionella organisationer	Genomförd uppföljning, regelbunden publicering av funna resultat

4.4. Amningsvänliga sjukhus initiativet (Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI)

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
4.4.1. Att tillförsäkra att regeringar, hälsomyndigheter, professionella organisationer och relevanta frivilligorganisationer har ett nära samarbete med UNICEF och WHO för att etablera BFHI som standard för bästa praxis och att all mödra- och barnhälsovårdsenheter omfattar målet att uppnå och upprätthålla "Amningsvänlig (Baby Friendly)" utnämningen, inkluderat efterföljning av den Internationella Koden	Nationella och regionala regeringar, relevanta hälsoorganisationer, organisationer ansvaiga för kliniska riktlinjer, hälsovårds-kommittéer, professionella organisationer, frivilligorganisationer, amningskommittéer, mödra- och barnhälsovårdsenheter	Amningsvänliga sjukhus (BFHI) kommittéer och samordnare tillsatta och BFHI universellt erkänt som 'standard av excellence' i tillhandahållande av amningsstöd
4.4.2. Att tillförsäkra adekvata resurser (ekonomiska, personella/tid) och tekniskt support för utbildning, förändring av praxis, utvärdering och omutvärdering av sjukhus baserat på överensstämmande med BFHI	Nationella och regionala regeringar, relevanta hälsoorganisationer, kvalitetssäkrings kommittéer	Adekvat budget och personell tilldelning för att uppnå standard på vården baserad på BFHI för alla blivande föräldrar och ammande mödrar
4.4.3. Att säkerställa att sjukhus som inte nyligen deltagit i BFHI implementerar de 10 stegen i sin praktik som representerar den bästa evidensbaserade praktiken	Relevanta hälsomyndigheter; kvalitetssäkring och BFHI-kommittéer	Alla sjukhus/enheter tillämpar standard för bästa praxis

4.4.4. Att inkorporera genomförande av BFHI-kriterierna till standard för kvalitetssäkring av mödra- och barnhälsovård	Relevanta hälsomyndigheter; kvalitetssäkring, ackreditering och BFHI-kommittéer	Mödra- och barnhälsovårdsenheters ackrediteringsstandards inkluderar alla kriterier för BFHI
4.4.5. Att utveckla ett systematiskt synsätt för att uttrycka amningsinformation under mödrahälsovården, överensstämmande med relevanta steg av BFHI	Relevanta hälsomyndigheter, hälsovårdsenheter, hälsopersonal	Riktlinjer för mödrahälsovård utarbetade
4.4.6. Att involvera pappor och familjer för att tillförsäkra passande stöd till mammor vid utskrivning till hemmet	Hälsovårdsenheter, hälsopersonal	Pappor och familjer involverade
4.4.7. Att implementera steg 10 genom att förbättra samarbete mellan sjukhus och andra hälso- och specialvårdsenheter och mamma-till-mamma-grupper för att tillförsäkra tillhandahållande av optimalt amningsstöd och amningsrådgivning, särskilt under de första kritiska veckorna efter födelsen	Relevanta hälso- och sociala myndigheter; kvalitetssäkring och BFHI kommittéer, kamratrådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma-grupper, frivilliga amningsstödorganisationer, frivilligorganisationer	Omfattande implementering av steg 10 i BFHI
4.4.8. Att tillförsäkra att tillräckliga resurser och tekniskt support för utbildning och nödvändiga förändringar i praxis avsätts för att tillförsäkra att sociala hälso- och socialvård för kvinnor, spädbarn och barn effektivt främjar och stödjer amning	Relevanta hälso- och sociala myndigheter, professionella organisationer, utbildningsinstitutioner	Offentlig och privat hälso- och socialvårdsenheter främjar och stöder amning i enligt riktlinjer för amning
4.4.9. Att utveckla och implementera amningsvänliga initiativet inom andra områden utöver mödrahälsovårdsenheter att inkludera kommunal hälso- och socialvård,	Relevanta hälso- och sociala myndigheter; kvalitetssäkring och BFHI kommittéer, frivilligorganisationer	Vårdmodeller baserade på BFHI utvecklade och implementerade inom andra närliggande hälsovårdsområden

barnsjukhus och arbetsplatser		
4.4.10. Att utarbeta protokoll och starta procedurer för att regelbundet bedöma praxis på sjukhus och inom primärhälsovården, baserat på kriterier för bästa praxis utvecklat av BFHI av WHO/UNICEF och av nationella/regionala kommittéer	Relevanta ministerier och myndigheter, BFHI och kvalitetssäkringskommittéer, frivilligorganisationer	Regelbundna bedömningsprotokoll och procedurer på plats inom all mödra- och barnhälsovård

4.5. Stöd från utbildad hälsopersonal

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
4.5.1. Att tillförsäkra att det kunniga amningsstödet från hälso- och socialvårdspersonal och mamma-till-mamma volontärer (hjälpammor i Amningshjälpen), bygger upp självförtroende och tillit hos mammor och deras familjer	Relevanta hälso- och sociala myndigheter, verksamheter och organisationer, hälsopersonal	Granska antalet anställda och volontärer som är kompetenta att effektivt stödja amning och påtala identifierade brister
4.5.2. Att försäkra att mammor med amningssvårigheter, inklusive de som har svårigheter att föda sina barn med ersättning, ska få individuell rådgivning	Relevanta hälsomyndigheter, hälsovårdsenheter, hälsopersonal	Amningsamordnare och specialister, sådana som IBCLC, är utbildade och anställda för att erbjuda denna tjänst och undervisa annan personal i en effektiv hantering av amningsproblem
4.5.3. Att tillförsäkra att alla mammor har fri tillgång till spädbarns- och småbarns-rådgivning, inklusive assistans av lämpligt kvalificerade laktationskonsulter eller annan jämförbart kompetent hälsopersonal, om problem uppstår	Relevanta hälso- och sociala myndigheter, verksamheter och organisationer, hälsoförsäkringsbolag	Nationella system och/eller frivillig hälsoförsäkringsbolag som täcker kostnader för kvalificerat amningsstöd och tjänster från laktationskonsult
4.5.4. Att förse mammor till sjuka eller för tidigt födda barn med det stöd som krävs för att upprätthålla laktationen och mjölka ur tillräckligt med mjölk som	Relevanta hälso- och sociala myndigheter, verksamheter och organisationer	Assistans och stöd till mamman utan extra kostnad

täcker barnets behov (detta stöd ska inkludera fria resor och fritt uppehälle så att de kan vara så nära sina bebisar så mycket som möjligt), eller förse med säker mjölk från mjölkbank eller annan mamma		
4.5.5. Nationella och regionala amningscentra av högsta klass ska etableras som resurscentra för hälsoarbetare och mammor; dessa ska ha tillgång till relevanta journaler, läroböcker och material inklusive fri tillgång till webb-baserad expertgranskad information	Nationella och regionala hälsomyndigheter, amningskommittéer	Etablerade centra, åtkomlig information utdelad till relevanta grupper
4.5.6. Att tillförsäkra att kvinnor som slutar att amma innan de ursprungligen planerat ska underlättas att undersöka varför detta skett för att kunna minska känslor av sorg och misslyckande som de kanske upplever och hjälpa dem att uppnå längre amningstid med nästa bebis	Relevanta hälsomyndigheter, hälsoinrättningar, hälsoarbetare	Personal och volontärer är medvetna om och kompetenta att hjälpa en mamma som behöver kommunicera efter att ha slutat med amning tidigare än planerat
4.5.7. Att tillse att rutiner finns för att klienter/patienter ska kunna ge återkoppling genom undersökningar där de kan värdera och uttrycka hur nöjda de är med kvalitén av amningsinformation och amningsstöd de fått inom mödra- och barnhälsovården ²⁸	Chefer inom sjukhus och primärhälsovård, kvalitetssäkrings kommittéer, amningssamordnare och laktationsspecialister	Rutinprocedurer och protokoll för återkoppling och för att kunna vidta åtgärder för att förändra praktik som upptäckts inte ha varit optimal

4.6 Stöd från utbildade kamrat-rådgivare (peer counsellors) och mamma-till-mamma stödgrupper (Amningshjälpen)

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
-----------------------	--------	---------------------

²⁸ Exempel i Annex 3 på den reviderade BFHI-paketet (se www.unicef.org/nutrition/index_24850.html eller www.who.int/topics/bfhi/en/index.html)

4.6.1. Att uppmuntra etablering och/eller utöka täckningen av stöd ombesörjd av utbildade kamrat-rådgivare (peer counsellors) eller mamma-till-mamma stödgrupper, särskilt i områden med lägre socio-ekonomisk status och marginaliserade områden, där sannolikheten är större att kvinnor ammar i mindre utsträckning	Relevanta hälsomyndigheter, ombud inom folkhälsa och hälsofrämjande,	
4.6.2. Att utveckla eller granska/uppdatera curricula (innehåll, metoder, material, tid) för utbildning av kamrat-rådgivare (peer counsellors) och mamma-till-mamma stöd	Kamrat-rådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma stödgrupper, frivilliga amningsstödorganisationer (Amningshjälpen)	Curricula och kompetens standards uppdaterade/granskade eller utvecklade
4.6.3. Att stärka samarbetet och kommunikationen mellan hälsopersonal baserade på olika hälsoenheter och utbildade kamrat-rådgivare (peer counsellors) och mamma-till-mamma stödgrupper	Relevanta hälsomyndigheter, hälsopersonal, kamrat-rådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma stödgrupper, frivilliga amningsstödorganisationer (Amningshjälpen)	Tillämpat förfaringssätt för att underlätta effektiv användning av lagstadgad och frivillig amningsexpertis

4.7 Stöd från familj, samhälle och arbetsplats

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
4.7.1. Att ge lämplig information och stöd till ammande mammor, deras partners och familjer, inklusive detaljer hur kontakta erkända amningsnätverk, både lagstadgade och frivilliga	Relevanta hälso- och sociala myndigheter, kamrat-rådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma stödgrupper (Amningshjälpen)	Ammande mammor och deras partners får denna information rutinmässigt
4.7.2. Att uppmuntra familjesupport genom allmän utbildning och lokala projekt och genom samhällsbaserade program baserade på	Relevanta hälso- och sociala myndigheter, kamrat-rådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma stödgrupper	Lokala och kommunala tvärssektoriella projekt etablerade och utvärderade

samarbete mellan frivillig och lagstadgad kommunala vårdenheter		
4.7.3. Att identifiera och rikta särskilt behov av stöd till förstföderskor, invandrare, ungdomar, ensamstående mammor, lågutbildade kvinnor och andra i samhället som för närvarande är de som minst sannolikt ammar, inkluderande mammor med svåra och misslyckade amningserfarenheter	Relevanta hälso- och sociala myndigheter, kamrat-rådgivare (peer counsellors), mamma-till-mamma stödgrupper	Behov av information och stöd till dessa grupper är identifierade och lämpligt tillgodosedda
4.7.4. Att uppmuntra amningsvänliga riktlinjer på arbetsplatser och inom offentliga vårdområden och att skydda kvinnors rätt att fortsätta att amma så länge de önskar genom antagna riktlinjer och lagstiftning	Nationella och regionala regeringar, relevanta hälso- och sociala myndigheter, personalavdelningar	Utbredda amningsvänliga riktlinjer införda och föreskrivna

5. Uppföljningssystem

Punkterna av den operationella tabellen för uppföljning har inkorporerats i de operationella tabellerna i de andra sektionerna och kan hittas under de olika rubrikerna.

6. Forskning

Rekommenderade delmål	Ansvar	Utdata och resultat
6.1.1. Att utveckla och stödja forskning om amning baserat på överenskomna prioriteter och agenda, användande av överenskomna definitioner av amning och fri från konkurrerande och kommersiella intressen	Europeiska Kommissionen, regeringar, hälsoministerier, forskningsinstitutioner, amningskommittéer	Årlig budget anslaget för Amningsforskning. Forskningsprojekt publicerade och spridda och en elektronisk databas av amningsforskning
6.1.2. Att stödja och tillförsäkra intensivt utbyte av expertis i amningsforskning inom forskningsinstitutioner i medlemsländerna	Europeiska Kommissionen, regeringar, forskningsinstitutioner, amningskommittéer, professionella organisationer	Ökning av antalet samarbetsprojekt och publikationer

Referenser

1. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD003517
2. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/2/496>
3. 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
4. Horta BL, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. World Health Organization, Geneva, 2007
5. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2007
6. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. AICR, Washington DC, 2007
7. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28:94-100
8. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact* 2004;20:9-17
9. Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:253-62
10. Merewood A, Patel B, Newton KN et al. Breastfeeding duration rates and factors affecting continued breastfeeding among infants born at an inner-city US Baby-Friendly hospital. *J Hum Lact* 2007;23:157-64
11. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatr* 2007;96:1126-30
12. A warm chain for breastfeeding. *Lancet* 1994;344:1239-41
13. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989 <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>
14. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2002
http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm
15. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, Geneva, 1981 http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
16. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. UNICEF, Florence, 1990
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
17. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989
18. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on Infant and Young Child Feeding. UNICEF, Florence, 2005 <http://www.innocenti15.net/declaration.htm>
19. FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992
http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf
20. 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>
21. WHO/EURO. The second action plan for food and nutrition policy. WHO European

- Region 2007-2012. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007
http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20070620_3
22. Infant Feeding in Emergencies Interagency Core Group. Infant and young child feeding in emergencies: operation guidance for emergency relief staff and programme managers (version 2.1). Emergency Nutrition Network, Oxford, 2007
 23. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. Public Health Nutr 2001;4:265-73
 24. Société Française de Santé Publique. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000
 25. EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000
<http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf>
 26. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics 1999;103:870-6
 27. Lund-Adams M, Heywood P. Breastfeeding in Australia. World Rev Nutr Diet 1995;78:74-113
 28. Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, US Dept of Agriculture. Food and Nutrition Research Report n. 13, Washington DC, 2001
 29. United States Breastfeeding Committee. Economic benefits of breastfeeding. United States Breastfeeding Committee, Raleigh, NC, 2002
<http://www.usbreastfeeding.org/Issue-Papers/Economics.pdf>
 30. Bitoun P. The economic value of breastfeeding in France. Le Dossiers de l'Obstetrique 1994;216:10-3
 31. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. Acta Paediatr 2006;95:540-6
 32. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007
 33. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007
 34. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2003
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf
 35. 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 and Risk Assessment, Luxembourg, 2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a2_18_en.pdf
 36. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 2005;8:39-46
 37. European Network for Public Health Nutrition: Networking Monitoring Intervention and Training (EUNUTNET). Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2006
http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_development.htm
 38. European Commission. Directive 91/321/EEC. EEC, Brussels, 1991
 39. European Commission. Directive 2006/141/EC. European Commission, Brussels, 2006

40. International Labour Organization. Maternity Protection Convention C183. ILO, Geneva, 2000 <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>
41. Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr* 2001;4:729-39
42. New South Wales Centre for Public Health Nutrition. Report on breastfeeding in New South Wales 2004. The University of Sydney, Sydney, 2004 www.health.nsw.gov.au/public-health/health-promotion/nutrition/breastfeeding/index.html
43. New South Wales Centre for Public Health Nutrition. Overview of recent reviews of interventions to promote and support breastfeeding. The University of Sydney, Sydney, 2004 www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/bf_interventions.html
44. Renfrew MJ, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2005 <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=511623>
45. Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. The CDC guide to breastfeeding interventions. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2005 <http://www.cdc.gov/breastfeeding/resources/guide.htm>
46. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2007;
47. Cattaneo A, Borgnolo G, Simon G. Breastfeeding by objectives. *Eur J Public Health* 2001;11:397-401
48. WHO/FAO. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. WHO, Geneva, 2007
49. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20
50. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ* 2001;323:1358-62
51. Rea MF, Venancio SI, Martines JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bull World Health Organ* 1999;77:492-8
52. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand J Public Health* 2005;33:424-31
53. Ekstrom A, Nissen E. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics* 2006;118:e309-e314
54. World Health Assembly. WHA Resolution 58.32: Infant and young child nutrition. WHO, Geneva, 2005
55. Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J* 2006;1:24
56. Questions and answers on *Enterobacter sakazakii* in powdered infant formula. WHO, Geneva, 2004
57. WHO. HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. World Health Organization, Geneva, 2006 http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm
58. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991 http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.PDF
59. WHO/UNICEF. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO, Geneva, 1993

60. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting. WHO, Geneva, 2007
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf
61. European Community Health Indicators Phase II. Public Health Indicators for Europe: context, selection, definition. EU Health Monitoring Programme, Luxembourg, 2005
http://www.ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_08_en.pdf
62. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004;94:400-5
63. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694-6
64. 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
65. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. Blackwell, London, 2006

Författare och granskare

Handlingsplanen har skrivits av koordinatören för projektet: Adriano Cattaneo och hans team vid Unit for Health Services Research and International Health, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italien:

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

Projektet omfattade även en kommitté och författarna skrev å kommitté-medlemmarnas vägnar:

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)

samt å alla projektdeltagarna som kom med idéer, kommentarer och återkoppling på alla utkast av handlingsplanen som skrevs eftersom och reviderades till den slutliga versionen:

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

Danmark: Tine Jerris (Coordinator, National Breastfeeding Committee), Ingrid Nilsson (IBCLC, Vice-President, National Breastfeeding Committee)

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

Grekland: 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 and Ingibjörg Baldursdóttir (Centre for Child Health Services)

Jona Margret Jonsdottir (IBCLC, Centre for Child Health Services)

Luxemburg: Maryse Lehnens-Arendt (IBCLC, Initiativ Liewensufank)

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

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

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

Österrike: 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, United Kingdom)

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

Lida Lhotska (IBFAN/GIFA, Geneva, Switzerland)

Handlingsplanen granskades, bedömdes och kommenterades av följande personer, organisationer och institutioner, många har uttryckt sitt stöd:

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)

Danmark: members of the National Breastfeeding Committee representing the Association of Danish Clinical Dietitians, the National Board of Health, the Danish Association of Midwives, the Danish College of General Practitioners, the Danish Committee for Health Education, the Danish Committee for UNICEF, the Danish Consumer Council, the Danish Medical Association, the Danish Nurses Organization, the Danish Paediatric Society, the Danish Society of Obstetrics and Gynaecology, the Danish Veterinary and Food Administration, IBLCE, the Ministry for the Interior and Health, Parenting and Childbirth, the Professional Society of Health Care Nurses, the Professional Society of Obstetric and Gynaecology Nurses, the Professional Society of Paediatric Nurses, WABA and WHO Regional Office for Europe

Estland: Julia Deikina (Health Protection Inspectorate)

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

Frankrike: Xavier Codaccioni (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille), Marie Thirion (Université Joseph Fourier, Grenoble), Irène Loras-Duclaux (Hôpital Ed. Herriot, Lyon), Jacques Sizun and 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); and the following members of 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 and 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)

Grekland: Antonia Trichopoulou (Associate Professor, Department of Hygiene and Epidemiology, University of Athens Medical School), Chryssa Bakoula and 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. Hilgersson (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)

Lettland: Irena Kondrate (National Breastfeeding Committee, Ministry of Health), Velga Brazneva (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).

Luxemburg: 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 and 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 Skjeggstad 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)

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

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

Slovakien: Katarina Chudikova (Ministry of Health), Viera Hal'amová (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 M^a Martín Moreno (Ministerio de Sanidad y Consumo), Angel José Lopez Diaz, Cristina Pellicer (Asturias), Antonio Pallicer, Maria José Saavedra (Balears), José M^a Arribas Andres, Carmeta Barios (Castilla-Leon), Ramón Prats, Victor Soler Sala (Catalunya), M^a Dolores Rubio Lleonart, Maria Luisa Poch (La Rioja), Emilio Herrera Molina, José Maria Galan (Extremadura), Agustin Rivero Cuadrado, Carmen Tembory (Madrid), Jorge Suanzes Hernandez, Maria Dolores Romero (Galicia), Francisco Javier Sada Goñi, Carmen Galindez (Navarra), Luis Gonzales de Galdeano Esteban, José Arena (País Vasco), Luis Ignacio Gomez Lopez, Maria Jesus Blasquez (Aragon), Manuel Escolano Puig, Ana Muñoz (Valencia), Francisco José Garcia Ruiz, José Antonio Navarro Alonso, M^a Isabel Espín, Fernando Hernandez Ramon (Murcia), M^a 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), Lluís Cabero i Roura (Presidente, IHAN), José Manuel Bajo Arenas (Presidente, SEGO), Alfonso Delgado Rubio (Presidente, AEP), Jesus Martin-Calama (AEP), M^a Angeles Rodriguez Rozalen (Asociación Nacional de Matronas), Dolors Costa (Asociación Catalana de Llevadores), M^a Carmen Gomez (Asociación Española de Enfermeras de la Infancia), Carlos Gonzales (ACPAM), José Arena (Comité Nacional, UNICEF)

Storbritannien: 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

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)

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

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), Uta Reich-Schottky (Association of Breastfeeding Support Groups), Ute Renkowitz (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)

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

Österreich: : Renate Fally-Kausek (Ministry of Health/Promotion of Breastfeeding), Karl Zwiauer (National Breastfeeding Committee), Christa Reisenbichler (La Leche League), Eva Filmsair (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, Semmelweislinik, Vienna), Michael Adam (Obstetric Department, Semmelweislinik, Vienna)

European Public Health Alliance (a network of over 90 NGOs working in support of health) and EPHA Environment Network

Elisabeth Geisel (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundheit -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)

Annex 1. The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding

WHO och UNICEF utvecklade gemensamt Global Strategy år 2002, och införlivade kunskaper från den senaste forskningen, med målet att inspirera världens intresse för det angelägna behovet att skydda, främja och stödja amning samt förbättra, genom optimal uppfödning, nutritionsstatus, tillväxt och utveckling, hälsa och åtföljande överlevnad för späda och små barn.

Utvecklingen av Global Strategy tog två år av ett omfattande arbete väglett av två principer: dels skulle dokumentet grundas på bästa tillgängliga vetenskapliga och epidemiologiska evidens, och dels skulle det vara en process med så mycket medbestämmande som möjligt. Från början var det överenskommet att Global Strategy skulle stödja och bygga på det som tidigare åstadkommit och fortlöpande uppnås, speciellt BFHI (1991), den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar (1981) och Innocenti deklARATIONEN om att skydda, främja och stödja amning (1990).

Global Strategy är avsedd som en guide för att agera; dess specifika syften är: att öka medvetenheten om huvudproblemen som påverkar spä- och småbarnsuppfödning; att identifiera tillvägagångssätt till lösningar och erbjuda en struktur för viktiga interventioner; att öka regeringars, internationella organisationers och intresserade parter åtagande för optimal spä- och småbarnsuppfödning; att skapa en miljö som gör det möjligt för mammor, familjer och andra vårdnadshavare att under alla omständigheter göra och genomföra informerade val angående optimal praxis för spä- och småbarnsuppfödning.

Global Strategy behöver översättas för praktiken. Det finns övertygande evidens från olika håll i världen att regeringar, med stöd från det internationella samfundet och andra intresserade parter, börjar ta sina åtagande på allvar för att skydda och främja hälsa och den nutritionella välbefinnandet hos barn, små barn samt gravida och ammande kvinnor.

De första fyra operationella målen av Global Strategy har tagits från Innocenti deklARATIONEN (Annex 3). De extra fem målen är:

5. Utveckla, implementera, följ upp och utvärdera övergripande riktlinjer för späda och små barns uppfödning, inom ramen för nationella riktlinjer och program för nutrition, barnhälsa, reproduktiv hälsa, och för att minska fattigdom.
6. Tillförsäkra att hälsosektorn och andra relevanta sektorer skyddar, främjar och stödjer exklusiv amning i sex månader och fortsatt amning upp till två års ålder eller längre, samtidigt som kvinnor har tillgång till de stöd de behöver - i familjen, samhället och arbetsplatsen - för att uppnå detta mål.
7. Främja introduktion av lämplig och säker tilläggskost i läglig tid med fortsatt amning.
8. Tillhandahåll rådgivning angående spä- och småbarnsuppfödning i speciellt svåra omständigheter, och det stöd som krävs till mammor, familjer och andra vårdnadshavare.
9. Överväg vilken ny lagstiftning eller andra passande åtgärder som behöver vidtagas som en del i övergripande riktlinjer angående spä- och småbarnsuppfödning, för att efterfölja principerna och målen med de Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar och efterföljande relevanta WHA-resolutioner.

Annex 2. Den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar

Den Internationella Koden omfattar ”bröstmjölk ersättningar inklusive sk infant formula, andra mjölkprodukter, livsmedel och drycker som är avsedda att delvis eller helt ersätta bröstmjolk, nappflaskor och nappar”, och som antogs 1981 på WHA (World Health Assembly) av majoriteten av medlemsstater för att hejda den aggressiva marknadsföringen av bröstmjölk ersättningar och den ökande spädbarnsdödligheten. Efter införandet av den Internationella Koden utvecklade och marknadsförde barnmatsindustrin en ”follow-up formula” för att försäkra sig om en fortsatt synlighet av sina märkesnamn och produkter. Som svar på detta klargjorde WHA-resolutionen från 1986 att det inte finns något kliniskt behov av dessa produkter och att barn som uppfödades på bröstmjölk ersättning skulle få standard infant formula” upp till 12 månader och därefter skulle de kunna äta ordinarie komjolk (med naturlig fetthalt) tillsammans med familjemat.

Påföljande WHA-resolutioner har uppdaterats och klargjort nödvändigheten av den Internationella Koden baserat på nya vetenskapliga rön och kommersiella trender för marknadsföring. Dessa resolutioner har samma status som den Internationella Koden och som har bekräftats med tekniskt stöd från WHO-sekretariatet.

De viktigaste föreskrifterna i den Internationella Koden och följande WHA-resolutioner är:

1. Regeringar har ansvaret för att tillhandahålla information om spädbarnsuppfödning. Donationer av informationsmaterial från tillverkare eller distributörer får endast ske på begäran med skriftligt godkännande av lämplig ansvarig myndighet.
2. Ingen annonsering av bröstmjölk ersättning till allmänheten.
3. Ingen direkt eller indirekt gratis prover eller gåvor till mammor eller deras släktingar.
4. Ingen kontakt mellan representant från företag och mammor, direkt eller indirekt.
5. Inga gåvor eller privata prover till hälsovårdspersonal. Levererade prover ska vara ämnade för professionell värdering eller forskning på institutionsnivå. Hälsovårdspersonal ska inte ge prover till gravida kvinnor, mammor till späda och små barn.
6. Informationen till hälsovårdspersonal ska vara vetenskaplig och saklig.
7. Finansiellt stöd till hälsovårdspersonal ska inte skapa intressekonflikter.
8. All information till mammor ska inkludera fördelar med amning och kostnader och risker med konstgjord uppfödning.
9. Inte gynna produkter som är skyddade av den Internationella Koden inom hälsovårdsinrättningar inkluderande gratis prover.
10. Inga ord som ”humaniserad”, ”mamma-”, eller liknande termer, bilder eller text som idealiserar konstgjord uppfödning får finnas på etiketter.
11. Att påstå nutritionella eller hälso-anspråk är inte tillåtet för bröstmjölk ersättningar, med undantag för speciella åtgärder som vidtagits i den nationella lagstiftningen.

För att lyckas bra med att genomföra den Internationella Koden beror på hur länder införlivar och genomdrivar dess föreskrifter i sin egen nationella/regionala lagstiftning. Den Internationella Koden konstaterar emellertid att oberoende av införlivning, ska industrier följa upp sina egna metoder och sin egen anpassning till principerna och målet med själva Internationella Koden. Fastän ekonomiskt stöd till hälsoprogram och hälsovårdspersonal, inkluderat utbildning, inte är förbjudet av den Internationella Koden, så har det i WHA-resolutioner 1996 och 2005 varnats för intressekonflikter. Hälsovårdspersonal kanske uppfattar att de är ”immuna” mot kommersiella försäljningskampanjer.

Samhällsvetenskapliga undersökningar har dragit andra slutsatser: även ”små gåvor” har en effekt.

Den Internationella Koden förbjuder inte försäljning av bröstmjölk ersättningar men reglerar hur de får marknadsföras. Annonsering och försäljningskampanjer kan vara en vitt accepterad praxis i den kommersiella världen men marknadsföring av bröstmjölk ersättningar är påverkar ogynnsamt hur amning uppfattas och amningsdurationen och kan inte behandlas på samma sätt som andra kommersiella produkter. Den låga förekomsten av amning i världen är en huvudangelägenhet inom folkhälsan och ansträngningar för att åtgärda denna situation ska inte behöva konkurrera med kommersiell företagsamhet som har allt fler sofistikerade metoder för marknadsföring i kombination med enorma budgetar.

Som hälsoförespråkare, förutom att uppmana regeringar att agera för att åtgärda låg amningsförekomst, har hälsovårdspersonal ansvar i enlighet med föreskrifterna i den Internationella Koden. De kan tillförsäkra att hälsoinstanser inte utnyttjas för att främja produkter. De kan följa upp och rapportera överträdelser till relevanta instanser som rekommenderas av WHA. Det minsta hälsovårdspersonal kan göra är att göra sig bekanta med andan och föreskrifterna i den Internationella Koden och efterföljande relevanta WHA-resolutioner för att inte oavsiktligt underlätta överträdelser som är till nackdel för folkhälsan. Europeiska Unionen ändrade för första gången den Internationella Koden till EU-direktiv från Europeiska Kommissionen 1991 (Direktiv 91/321/EEC). Detta direktiv var långt ifrån överensstämmelse med internationella Koden i dess integritet i den bemärkelsen att den endast tog upp ”infant formula” och ”follow-on-formula” och begränsade marknadsföring av dessa under de första 4 månaderna. I december 2006 utgav Europeiska Kommissionen direktiv 2006/141/EC för att uppdatera och ersätta direktivet från 1991. Direktivet 2006/141/EC skiljer sig inte så mycket från direktivet 91/321/EEC: endast begränsningen åldersgränsen har utökats till 6 månader. Nästan samtidigt gav Europeiska Kommissionen ut direktivet 2006/125/EC om förädlade cerealiebaserad mat och barnmat för späda och små barn. Artikel 8.1.a i detta direktiv står det att märkningen av dessa produkter måste innehålla besked om från vilken ålder som produkten är avsedd; den tillägger att ”angedd ålder får inte understiga 4 månader”, följaktligen motsägande många nationella rekommendationer om exklusiv amning upp till sex månader. Europeiska Kommissionens direktiv skall ändras till nationella lagar eller bestämmelser i alla medlemsstater.

Annex 3. Innocenti deklARATIONEN

1990 Innocenti deklARATIONEN för att skydda, främja och stödja amning

Den 1:a augusti 1990 i Florens, Italien, antog regeringsrepresentanter från 30 nationella regeringar Innocenti deklARATIONEN, ett dokument som skapade nya strategiska mål för att mer effektivt kunna skydda, främja och stödja amning. De fyra operationella målen för 1990 Innocenti deklARATIONEN var:

1. Utse en statlig amningssamordnare på tillräckligt hög nivå och etablera en multisektoriell statlig amningskommitté med representanter från statliga myndigheter, enskilda organisationer och organisationer för olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården.
2. Tillse att varje enhet för mödra- och förlossnings-, och BB-vård helt följer de ”Tio steg för lyckad amning” vilka anges i den av WHO och UNICEF gemensamt utgivna rekommendationen ”Att skydda, främja och stödja amning, BB’s särskilda roll”.
3. Vidtaga åtgärder för att tillse att syftet och andan i varje paragraf i den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölksersättningar och därpå följande resolutioner från Världshälsoförsamlingen till fullo efterlevs.
4. Stifta kreativa lagar som skyddar förvärvsarbete kvinnors rätt till amning och skapa medel för att se till att de följs.

2005 Innocenti deklARATIONEN för späd- och småbarnsuppfödning

Den 22:a november 2005 i Florens, Italien, högtidlighölls 15-årsjubileet med: ”Firande av Innocenti 1990-2005: Resultat, utmaningar och framtida krav”. Deltagarna antog Innocenti deklARATIONEN 2005. Denna består av flera angelägna och viktiga åtgärder för att tillförsäkra den bästa starten i livet för barn, genomförande av de mänskliga rättigheterna för kvinnor och barn, samt för att uppnå MDG (Millennium Development Goal) år 2015. DeklARATIONEN identifierar roller och ansvar hos nyckelaktörer och poängterar att dessa ansvar behöver tillgodoses för att göra det möjligt för mammor, familjer och andra vårdnadshavare att göra informerade beslut om optimal spädbarnsuppfödning. Den uppmanar följande nödvändiga åtgärder:

Alla parter:

1. Stärker kvinnor i sina egna rättigheter och som mammor samt stärka de som ger amningsstöd och information till andra kvinnor.
2. Stödjer amning som normen för späda och små barns uppfödning.
3. Uppmärksammar riskerna med uppfödning med bröstmjölksersättning och vad det kan medföra för hälsa och utveckling under livet.
4. Värnar om kvinnors hälsa och nutritionsstatus under livets alla skeden.
5. Skyddar amning i katastrofsituationer genom att stödja oavbruten amning och lämplig tilläggskost samt undvika generell utdelning av bröstmjölksersättningar.
6. Implementerar ”HIV and Infant Feeding – Framework for Priority Action” och samtidigt skyddar, främjar och stödjer amning för hela befolkningen och ger rådgivning och stöd till HIV-positiva kvinnor.

Alla regeringar:

7. Etablerar eller stärker nationella myndigheter som ansvarar för späda och små barns uppfödning och amning, samordnade kommittéer och övergripande grupper som är fria från kommersiell påverkan eller andra intressekonflikter.
8. Uppmärksammar på nytt Amningsvänliga sjukhus-initiativet (Baby Friendly Hospital Initiative =BFHI) och behåll de globala kriterierna som minimikrav för alla enheter och utvidga tillämpningen av initiativet att omfatta mödra- och barnhälsovård, neonatalvård samt verksamheter i kommunen som stöttar ammande kvinnor och vårdnadshavare av små barn.
9. Implementerar alla delar av den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölksersättningar och uppföljande resolutioner i sin helhet antagna av Världshälsoförsamlingen (World Health Assembly) som ett minimikrav och fastställer hållbara tvingande åtgärder för att förebygga och/eller vidtaga åtgärder i samband med överträdelser.
10. Anpassar lagstiftning och andra åtgärder för att skydda mödrar och underlätta sex månaders exklusiv amning för kvinnor som är anställda inom alla sektorer, speciellt angeläget är det att uppmärksamma kvinnorna inom den informella sektorn.
11. Försäkrar att ändamålsenliga riktlinjer och nödvändiga färdigheter angående späda och små barns uppfödning ingår i all utbildning av relevant hälsopersonal, för att de ska kunna tillämpa riktlinjer för späda och små barns uppfödning och kunna erbjuda råd och stöd till föräldrar av hög kvalitet och därmed möjliggöra för mammor att praktisera optimal amning och ge adekvat tilläggskost.
12. Försäkrar att alla mammor är medvetna om sina rättigheter och har tillgång till stöd, information och rådgivning i amning och spädbarnsuppfödning från hälsoarbetare och föräldragrupper.
13. Inrättar ett hållbart system för att övervaka och följa späda och små barns uppfödningmönster och trender och använda denna information för åtgärder och utformning av program.
14. Uppmuntrar media att visa fram positiva förebilder med optimal spädbarns- och småbarnsuppfödning, att stödja amning som norm och delta i aktiviteter som Världssammingsveckan för att mobilisera allmänheten.
15. Vidtar åtgärder för att skydda utsatta grupper speciellt gravida och ammande mammor från miljöfarliga föroreningar och kemiska rests substanser.
16. Identifierar och avsätter tillräckligt med resurser för att helt och fullt implementera ”Global Strategy for Infant and Young Child Feeding”.
17. Följer upp framsteg i lämplig spädbarns- och småbarnsuppfödning och rapportera regelbundet i enlighet med Barnkonventionen.

Alla tillverkare och återförsäljare av produkter som omfattas av den Internationella Koden:

18. Ser till att koden följs helt och fullt inklusive de uppföljande resolutionerna antagna av Världshälsoförsamlingen, oberoende av nationell status av den Internationella Koden.
19. Försäkrar att all industritillverkad mat för späda och små barn följer Codex Alimentarius standards.

Multilaterata och bilaterata organisationer och internationella ekonomiska institutioner:

20. Erkänner att optimal spädbarnsuppfödning med amning och adekvat tilläggskost är viktig för att på lång sikt hela befolkningen ska kunna uppnå fysisk, intellektuell och emotionell hälsa enligt utvecklingsmålen för Millenniumet samt andra initiativ för

utveckling samt att konsekvenserna av ohälsosamma kostvanor är ett stort hinder för att minska fattigdom och en hållbar socioekonomisk utveckling.

21. Identifierar och budgeterar tillräckliga finansiella resurser och expertis för att stötta regeringar att formulera, implementera, följa upp och utvärdera sina planer, strategier och program för att främja optimal spädbarns- och småbarnsuppfödning samt återuppliva BFHI.
22. Ökar teknisk rådgivning och stöd för nationell uppbyggnad av alla mål formulerade i Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.
23. Stödjer operationell forskning för att fylla ut kunskapsgap och förbättra program.
24. Uppmuntrar utveckling av program för förbättring av amning och spädbarnsuppfödning för strategier att utveckla hälsosektorn och minska fattigdom.

Allmänna icke statliga intresseorganisationer:

25. Ger större prioritet till att skydda, främja och stödja optimal spädbarnsuppfödning, även omfattande relevant utbildning av hälsoarbetare och öka effektiviteten genom samarbete och ömsesidigt stöd.
26. Uppmärksammar aktiviteter som strider mot den Internationella Koden så att överträdelser kan åtgärdas effektivt enligt nationell lagstiftning, regler eller andra lämpliga åtgärder.

Innocenti deklARATIONEN 2005 undertecknades av 2006 årliga möte med FN:s nutritionskommitté (UN Standing Committee on Nutrition), och WHA 2006 uppmanade medlemsstaterna att stödja de åtgärder som föreslås i ”Call for Action (WHA resolution 59.21)”.

Annex 4. Amningsvänliga sjukhus initiativet (The Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI)

BFHI som lanserades 1991 är UNICEF/WHO:s första interventionsstrategi för att stärka kapaciteten hos nationella, regionala och lokala hälsovårdssystem för att skydda och stödja amning. BFHI har sålunda införlivats som initiativ för bästa praxis inom mödravård världen över och det har visat sig att detta inneburit att betydande förbättringar har uppnåtts i amningsfrekvens och amningspraxis varhelst BFHI tillämpas. WHO/UNICEF ackrediterar sjukhus med en utnämning som amningsvänlig (Baby Friendly) kvalitetsstandard när de institutioner har gjort nödvändiga förändringar för att motsvara initiativets strikta bedömningskriterier. Ett amningsvänligt sjukhus följer och har WHO/UNICEF 10 steg för en lyckad amning som standard för mödra och barnhälsovård med målet att effektivt skydda, främja och stödja exklusiv amning från födelsen.

De ursprungliga riktlinjerna för amningsvänliga sjukhus utvecklades 1992 av UNICEF och Wellstart International. Riktlinjerna reviderades 2006. Här är de reviderade 10 stegen för lyckad amning:

1. Ha en skriven amningsstrategi/handlingsplan som rutinmässigt delges all hälsovårdspersonal.
2. Undervisa all berörd personal i nödvändig kunskap för att genomföra denna handlingsplan.
3. Informera alla gravida kvinnor om fördelarna med amning och hur man upprätthåller amningen.
4. Uppmuntra och stödja mammor att börja amma inom en halvtimme efter förlossning.
5. Visa mammor hur de ska amma och upprätthålla amningen, även om de måste vara åtskilda från sina barn.
6. Inte ge nyfödda barn mat eller dryck utöver bröstmjolk, såvida det inte är medicinskt indicerat.
7. Praktisera samvård – tillåta mammor och barn att vistas tillsammans dygnet runt.
8. Uppmuntra fri amning.
9. Ej ge nappar till ammade spädbarn, vare sig sug- eller dinappar.
10. Uppmuntra bildandet av stödgrupper för amning och hänvisa mammor till dessa vid utskrivning från sjukhuset/kliniken.

De reviderade BFHI-paketet, som är tillgängligt på UNICEF²⁹, inkluderar:

- Bakgrundsdokument och en guide för genomförande;
- En kurs för beslutsfattare om att stärka och vidmakthålla BFHI;
- En 20-timmarskurs för personal inom mödravård om Amningsfrämjande och amningsstöd på ett amningsvänligt sjukhus inklusive en undervisningsmodul om påverkan av förlossningsrutiner på amning och en modul för regioner med hög HIV-prevalens.;
- Ett verktyg för sjukhus att självevaluera och uppföljning;
- Riktlinjer och verktyg för extern utvärdering och omutvärdering (enbart tillgänglig för utvärderare).

I många länder, har BFHI kompletterats i initiativ för att skydda, främja och stödja amning:

²⁹ (se www.unicef.org/nutrition/index_24850.html eller www.who.int/topics/bfhi/en/index.html)

- Före och efter födelsen i primärhälsovården och samhällstjänst;
- Bland sjuka och för tidigt födda barn på sjukhus.

Det finns inga universella kriterier eller riktlinjer för en amningsvänlig barnhälsovård (BFCl), därför att varje nationellt projekt har utvecklats baserat på den lokala situationen och organisationen av primärhälsovård och samhällstjänster.

Annex 5. WHO/EURO riktlinjer och planer för livsmedel och nutrition

WHO/EURO har redan gett ut, efter godkännande av alla medlemsstater, två handlingsplaner för Livsmedels- och Nutritionspolicy. Den andra publicerades i september 2007 och täcker perioden mellan 2007 och 2012. Efter erkännande att Blueprint utgör ett viktigt dokument som markerar strategiska riktningar för handling, fastslår denna plan mål för hälsa, nutrition, livsmedelssäkerhet och tillhandahåller en rad övergripande förslag på integrerade aktionsplaner som spänner över olika sektorer och involverar offentliga och privata aktörer, för medlemsstater att överväga i sina egna nationella riktlinjer och planer. Vad gäller barnuppfödning erkänner planen att exklusiv amning upp till sex månader och introduktion av säker och lämplig tilläggskost vid lämplig ålder i tillägg till amning upp till två års ålder kan reducera bördan av ohälsa på kort och lång sikt och rekommenderar:

- Främja optimal nutrition för fostret genom att tillförsäkra en god mödranutrition redan före befruktning, införa stödprogram för låginkomstgrupper och förse med supplementering av vitaminer eller mineraler där det krävs;
- Skydda, främja och skydda amning genom:
 - Granska existerande riktlinjer;
 - Tillförsäkra att de överensstämmer med kriterierna för Amningsvänliga sjukhus (BFHI);
 - Tillämpa och upprätthåll den Internationella Koden;
 - Anslå tillräcklig föräldraledighet, amningspauser och flexibelt stöd för kvinnor under amning och den första barndomen;
 - Så att åtminstone 50% av barnen ammas exklusivt under de första sex månaderna och fortsatt amning upp till åtminstone 12 månader;
- Ta initiativ på kommunnivå för att tillförsäkra adekvat tillgång av tilläggskost, tillfredsställande intag av vitaminer och mineraler och lämplig barnnutrition särskilt för de som lever i exceptionellt svåra omständigheter. Om berikning av vitaminer eller mineraler förekommer ska effekten och potentiella risker följas upp och intressekonflikter i samband med exklusiv amning ska undvikas;
- Främja utveckling av nutrition i förskolan och i skolan samt riktlinjer för livsmedelssäkerhet, inklusive förbättring av curriculum för nutritionsutbildning, utbildning av lärare, utveckling av riktlinjer för skolmåltider och erbjudande av hälsosam mat.

Dessutom rekommenderar planen att ta ett integrerat grepp för att åtgärda bestämmelsefaktorer för dålig och ohälsosam nutrition.

Annex 6. ILO konventionen om skydd för mödrar 183 (ILO Maternity Protection Convention 183)

Konventionen är en revidering av "Maternity Protection Convention" från 1952. För att ytterligare främja jämställdhet bland alla kvinnlig arbetskraft och hälsa och säkerhet för mamma och barn, och samtidigt ta hänsyn till omständigheter för arbetande kvinnor och nödvändigheten att erbjuda skydd under graviditeten, vilket är ett delat ansvar mellan regering och samhälle, Maternity Protection Convention 183 bestämdes den 15 juni 2000. Följande relevanta punkter behöver de medlemmar som ratificerat konventionen följa, de är juridiskt bindande:

- Denna konvention är tillämplig för alla anställda kvinnor, inklusive de som har en otypisk form av beroende arbete;
- Varje medlem skall lista de kategorier av arbetare som är exkluderade och skäl för exkludering;
- I de påföljande rapporter, ska varje medlem beskriva vilka åtgärder som vidtagits för att gradvis öka omfattningen av bestämmelser enligt konventionen för dessa kategorier.

Hälsoskydd:

- Varje medlem skall införa lämpliga åtgärder för att tillförsäkra gravida eller ammande kvinnor inte är tvungna att utföra arbete som har beslutats att det är skadligt för mamman eller barnets hälsa.

Mödraledighet:

- När kvinnan får ett medicinskt intyg med beräknat förlossningsdatum ska den kvinna som denna konvention omfattar är berättigad till mödraledighet vilken inte får vara kortare än 14 veckor.
- Varje medlem ska sedan lämna in till generaldirektören för ILO en ytterligare deklARATION och förlänga mödraledigheten.
- Beroende av nödvändigheten att skydda hälsan både hos mamma och barn, är det nödvändigt att mödraledigheten inkluderar obligatoriska sex veckor efter förlossning.
- Den del av mödraledigheten som är avsedd att tas ut före förlossning ska erbjudas när som helst mellan beräknat födelsedatum och aktuellt födelsedatum, utan att reducera något av den obligatoriska ledigheten efter förlossning.

Förmåner:

- Kvinnan som har mödraledighet ska tillhandahållas kontanta medel.
- De kontanta medlen ska motsvara en nivå som tillförsäkrar att mamman och barnet kan upprätthålla en bra hälsa och levnadsstandard.
- Denna ekonomiska förmån ska inte vara mindre än två tredjedelar av kvinnans tidigare lön.
- Om kvinnan inte motsvarar de nödvändiga kvalifikationer för att få denna ekonomiska förmån ska hon kunna få denna förmån utbetalt från sociala myndigheter.
- Kvinnan ska ha tillgång till medicinska förmåner för sig och sitt barn inklusive graviditeten, födsel, och BB-vård, liksom sjukhusvård när det är nödvändigt.
- För att skydda kvinnans situation på arbetsmarknaden, ska mödraledigheten tillhandahållas av obligatoriska socialförsäkringar eller offentliga fonder.

Anställningsskydd och ingen diskriminering:

- Det ska vara olagligt för en arbetsgivare att avsluta en anställning för kvinna under graviditeten eller bortavaro i samband med ledigheten eller under en period då hon återgått till arbetet, förutom på grunder som inte har med graviditet eller barnafödande och dess konsekvenser eller amning att göra.
- En kvinna ska garanteras rätten att återvända till samma position eller motsvarande position med samma lön i slutet av mödraledigheten.

Ammande mammor:

- En kvinna ska förses med rätten att ta en eller flera pauser dagligen eller en daglig reducerad arbetstid för att amma sitt barn.
- Perioden som dagliga amningspauser eller daglig reducerad arbetstid tillåts, ska antalet, längden av amningspauserna och proceduren för att reducera arbetstiden ska bestämmas av nationell lagstiftning och praxis.

Efter konventionen 183, antog ILO rekommendationen 191, som ger riktlinjer och förslag för att uppnå en bättre standard av mödraledigheten.

Annex 7. Mall för att analysera situationen

Följande tabeller lyfter fram de rekommenderade målen i Blueprint for action (vänstra kolumnen) längs (landets) framsteg (högra kolumnen).

Land: _____ Period: från _____ till _____ Datum: _____

Riktlinjer	Riktlinjer
1.1.1 Nationella riktlinjer baserade på Global Strategy	
1.1.2 Riktlinjer som fokuserar på socialt utsatta grupper	
1.1.3 Professionella organisationer producerar rekommendationer och riktlinjer	

Planering	Planering
1.2.1 Uppsatta prioriteringar, syften och mål	
1.2.2 Långsiktig planering, utvärdering och omplanering	
1.2.3 Kortsiktig planering, uppföljning och omplanering	
1.2.4 Samordna amningsaktiviteter med andra aktiviteter för att främja folkhälsa och hälsa	
1.2.5 Inför ett uppföljningssystem med universellt överenskomna definitioner och standards	
1.2.6 Samla information om socio-ekonomiska variabler för att underlätta att åtgärda situationer med ojämlikhet och nöd	
1.2.7 Publicera och sprid resultat och använd för framtida planering och amningsinitiativ	

Handläggning	Handläggning
1.3.1 Nationell amningssamordnare	
1.3.2 Nationell kommitté	
1.3.3 Kontinuitet av samordnare och	

kommitté	
1.3.4 uppföljning och utvärdering av resultaten från den nationella planen	

Finansiering	Finansiering
1.4.1 Tillräckligt med mänskliga och ekonomiska resurser	
1.4.2 Ingen finansiering från tillverkare eller distributörer	

CBSC (individer)	CBSC (individer)
2.1.1 Tillhandahålla stöd ansikte mot ansikte av utbildad hälsovårdspersonal inklusive kamratstöd och stödgrupper	
2.1.2 Material som framställts korrekt och i enlighet med nationella riktlinjer	
2.1.3 Material som tar upp användning av bröstmjolk som en indikator på miljöförorening	
2.1.4 Identifiera och rikta information och nödvändiga färdigheter till kvinnor som med största sannolikhet inte ammar	
2.1.5 Identifiera och ta upp behoven hos familjer och släktingar	
2.1.6 Förhindra distribution av marknadsföringsmaterial om barnmat från olämpliga källor	
2.1.7 Följ upp och utvärdera täckningen, standard och effektiviteten av CBSC material och aktiviteter	

CBSC (kommuner)	CBSC (kommuner)
2.2.2 Utveckla CBSC paket i enlighet med nationella riktlinjer för hälso- och sociala inrättningar, skolor och de som har hand om späda barn samt media (gratis)	
2.2.2 Presentera <u>exklusiv amning</u> i 6 månader och fortsatt amning upp till 2 år som det normala	
2.2.3 Använd amningsveckorna som ett	

<p>tillfälle att stimulera den offentliga debatten, media och sprida information</p> <p>2.2.4 Följ upp, informera och använd alla typer av media för att tillförsäkra att amning framställs som det normala</p> <p>2.2.5 Följ upp den allmänna kunskapen, attityder och praxis om amningens betydelse, sätt att stödja och skydda den</p>	
---	--

Yrkesutbildning	Yrkesutbildning
<p>3.1.1 Granska och utveckla standards för amningsutbildning för att tillförsäkra kompetensen inom laktationsrådgivning</p> <p>3.1.2 Granska litteratur och läroböcker för att tillförsäkra att de är i linje med riktlinjer och praktiska rekommendationer</p>	

Vidareutbildning	Vidareutbildning
<p>3.2.1 Fortsatt tvärvetenskaplig utbildning baserat på WHO/UNICEF och andra lämpliga kurser för personal i frontlinjen</p> <p>3.2.2 Granska existerande läroböcker och litteratur</p> <p>3.2.3 Uppmuntra avancerad utbildning i laktationskunskap och att uppnå <u>IBCLC</u> eller motsvarande kvalifikation</p> <p>3.2.4 Uppmuntra samarbete över nätet mella amningsspecialister</p> <p>3.2.5 Följ upp täckning och effektiviteten av vidareutbildning</p>	

Global Strategy	Global Strategy
<p>4.1.1 Genomför riktlinjer och planer baserade på Global Strategy och WHO/EURO aktionsplaner</p> <p>4.1.2. Förmedla riktlinjer och planer till alla relevanta myndigheter, grupper och organisationer</p> <p>4.1.3 Följ upp framsteg och utvärdera resultat från riktlinjer och planer</p>	

Internationella Koden	Internationella Koden
<p>4.2.1 Utveckla EU bestämmelser i enlighet med den Internationella Koden som minimikrav</p> <p>4.2.2 Tillförsäkra att Internationella Koden återspeglas på EU-nivå i samband med Codex Alimentarius-möten</p> <p>4.2.3 Utveckla nationell lagstiftning, inklusive mekanismer för genomförande</p> <p>4.2.4 Uppmuntra full tillämpning av Internationella Koden även om inte EU:s regleringar kräver det</p> <p>4.2.5 Informera de som är under utbildning och de som är färdigutbildade inom hälsoprofessionen</p> <p>4.2.6 Utveckla en etisk kod för individuell och institutionell sponsring av kurser, utbildningsmaterial, konferenser och andra aktiviteter</p> <p>4.2.7 Sprid information till allmänheten om principerna och målen med den Internationella Koden</p> <p>4.2.8 Fasa ut distribution av gratis ersättning till låg inkomstfamiljer och ersätt med initiativ att främja amning</p> <p>4.2.9 Inför uppföljningssystem med ansvar för att kontrollera överensstämmelse med den Internationella Koden; undersök och beivra överträdelser; information till offentliga och relevanta myndigheter</p>	

Lagstiftning för arbetande kvinnor	Lagstiftning för arbetande kvinnor
<p>4.3.1 Uppgradera lagstiftning för att stödja mammor att kunna uppnå bästa amningspraxis enligt rekommendationer</p> <p>4.3.2 Försäkra tillräckligt juridiskt stöd för att göra 6 månaders exklusiv amning möjlig samt fortsatt amning</p>	

<p>4.3.3 Utvidga mödraledighet till de som för närvarande inte är berättigade (kortidsanställda, deltidanställda osv) till gravida och ammande kvinnor</p> <p>4.3.4 Tillförsäkra att arbetsgivare, hälsovårdsarbetare och allmänhet är informerade om skyddslagstiftning anående gravida och ammande kvinnors hälsa och säkerhet</p> <p>4.3.5 Informera arbetsgivare om fördelarna för dem och deras ammande anställda om hur man kan underlätta amning (flexibel arbetstid, deltid, utrustning för mjölka ur och lagra)</p> <p>4.3.6 Följ upp genomförandet av riktlinjer och lagstiftning inklusive lagar som skyddar mödrar och amning</p>	
---	--

Amningsvänliga sjukhusinitiativet (BFHI)	Amningsvänliga sjukhusinitiativet (BFHI)
<p>4.4.1 Tillförsäkra samarbete på alla nivåer för att etablera BFHI som bästa praxis (inkluderar regering, nationella hälsomyndigheter, frivilligorganisationer, mödra- och barn hälsovård)</p> <p>4.4.2 Tillförsäkra resurser (ekonomiska tillgångar, personal och tid) och teknisk support för utbildning och bedömning</p> <p>4.4.3 Uppmuntra de mödraenheter som inte deltar att säkerställa praxis i linje med BFHI bästa praktiska standard</p> <p>4.4.4 Införliva BFHI kriterier med standards för nationellt kvalitetssäkringssystem för mödrahälsovård</p> <p>4.4.5 Utveckla en systematiskt tillvägagångssätt för att förmedla amningsinformation före födelsen i enlighet med BFHI</p> <p>4.4.6 Involvera pappor och familjer för att säkerställa lämpligt stöd i hemmet</p> <p>4.4.7 Förbättra samarbete mellan sjukhus och primärhälsovård och andra</p>	

<p>hälsovårdscentraler för att säkerställa adekvat amningssupport (steg 10)</p> <p>4.4.8 Säkerställ adekvat utbildning och stöd inom kommunala hälsovårdsinrättningar och socialtjänsten</p> <p>4.4.9 Uppmuntra genomförandet av amningsvänliga rutiner utanför mödrahälsovården (kommunen, socialtjänst, pediatrika avdelningar och arbetsplatser)</p> <p>4.4.10 Ta fram protokoll för att bedöma sjukhus och primärhälsovård baserat på BFHI standards</p>	
--	--

Stöd från utbildad hälsovårdspersonal	Stöd från utbildad hälsovårdspersonal
<p>4.5.1 Säkerställ att personal inom hälsovård och socialtjänst, inklusive volontärer, har färdigheter att stärka mammors förmåga och självförtroende</p> <p>4.5.2 Uppmuntra och stödja personal för att erhålla specialkunskaper och färdigheter att lösa problem</p> <p>4.5.3 Säkerställa tjänster för att stödja amning inklusive kvalificerade laktationskonsulter eller annan lämplig kompetent hälsovårdspersonal</p> <p>4.5.4 Hjälptill mammor för att förse eller skaffa bröstmjölk till för tidigt födda eller sjuka barn inklusive hjälp till resor och boende om enheten är på avstånd</p> <p>4.5.5 Etablera center av excellens som källa för hälsovårdsarbetare och mammor inkluderande fri tillgång till webbaserade resurser</p> <p>4.5.6 Tillförsäkra stöd till kvinnor som slutat amma innan de hade planerat för att minska förlust eller misslyckande och hjälp dem att uppnå längre amning med nästföljande baby</p> <p>4.5.7 Organisera respons angående amningsinformation och amningsstöd</p>	

Kamratrådgivare (peer-counsellors) och mamma-till-mamma stödgrupper	Kamratrådgivare (peer-counsellors) och mamma-till-mamma stöd grupper
<p>4.6.1 Etablera och utöka utbildade kamratrådgivare och mamma-till-mamma stödgrupper särskilt för kvinnor som med största sannolikhet inte ammar</p> <p>4.6.2 Utveckla, granska och uppdatera curriculum för utbildning av kamratrådgivare och mamma-till-mamma stödgrupper</p> <p>4.6.3 Stärk samarbete och kommunikationen mellan hälsoarbetare och kamratrådgivare och mamma-till-mamma grupper</p>	

Stöd: familj, kommun, arbetsplats	Stöd: familj, kommun, arbetsplats
<p>4.7.1 Information att stödja ammande mammor, partners och familjer inkluderande stödjande nätverk</p> <p>4.7.2 Uppmuntra familjestöd genom offentlig utbildning och samarbete mellan nationella hälsomyndigheter och frivilliga sektorn och andra partnerskap</p> <p>4.7.3 Identifiera och rikta stöd till mammor i speciellt svåra omständigheter eller speciella grupper med kvinnor, t ex ungdomar, invandrare och andra grupper</p> <p>4.7.4 Uppmuntra amningsvänliga riktlinjer/möjligheter och skydda kvinnans rätt att amma närhelst och varhelst de behöver detta</p>	

Forskning	Forskning
<p>6.1.1 Främja och stöd forskning om amning, baserat på överenskomna prioriteringar, definitioner av amning och fri från konkurrerande och kommersiella intressen</p> <p>6.1.2 Stöd och säkerställ utbyte av expertis i amningsforskning bland forskningsinstitutioner i EU:s medlemsstater</p>	

Observationer (om några)

Annex 8. Modell för nationella riktlinjer om späda och små barns uppfödning

- Amning är en rättighet som var och en bör respektera, skydda och hjälpa familjer att genomföra; emellertid, mammor ska inte tvingas att amma, att utsätta dem för överdrivet tryck är inte acceptabelt på samma sätt som att utsätta dem för överdrivet tryck att ge ersättning.
- Alla väntande föräldrar ska förse med evidens-baserad och objektiv (dvs oberoende från kommersiella intressen) information om barnuppfödning för att försäkra om att de ska kunna göra informerade beslut.
- Alla mammor som beslutar att amma ska få stöd att initiera amningen, att amma exklusivt i sex månader och fortsätta amma tillsammans med adekvat tilläggskost upp till två år eller längre eller så länge mamma och barn önskar.
- Särskilt stöd för optimal spädbarnsuppfödning ska erbjudas till missgynnade individer, grupper och kommuner med låg amningsprevalens och med dålig spädbarnsuppfödning-praxis.
- Därför att det inte finns evidens för att uppfödning med ersättning är överlägsen eller jämställd med amning, ska kompetent hälsovårdspersonal inte rekommendera det som ett alternativ eller komplement till amning om det inte är en befogad medicinsk anledning att göra det.
- Alla gravida kvinnor och mammor ska utbildas och få "en-till-en"- rådgivning om optimal uppfödning av späda och små barn på lektioner under graviditeten och efter förlossning.
- Varje ansträngning ska göras för att underlätta för arbetande mammor att kunna amma exklusivt i sex månader och fortsätta så länge mamma och barn vill, i kombination med lämplig tilläggskost.
- Innan barnen blir sex månader ska alla föräldrar få information och råd om lämplig tilläggskost och när och hur de ska introducera dem till sina barns kost.
- Efter sex månader, ska alla föräldrar få råd att introducera och gradvis öka frekvensen, konsistensen och variationen av hälsosam familjemat, anpassa dem till barnets behov och möjligheter, och samtidigt undvika sockerhaltiga drycker och mat med lågt nutritionellt värde.
- Alla sjukhus, mödraenheter och primärhälsovårdsenheter ska införa effektiva strategier för att skydda, främja och stödja amning, sådana som är inkluderade i Amningsvänliga sjukhusinitiativet (Baby Friendly Initiative).
- Alla hälsovårds-, socialarbetare och liknande, som vårdar mammor, späda och små barn ska få den utbildning och färdigheter som krävs för att genomföra dessa riktlinjer.
- Alla hälsovårds-, socialarbetare och liknande och institutioner, som vårdar mammor, späda och små barn ska följa alla föreskrifter i den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar och efterföljande WHA-resolutioner.
- Samarbete mellan hälsovårdspersonal, laktationskonsulter, andra som levererar tjänster och andra stödgrupper i kommunen ska uppmuntras.
- Media ska uppmuntras att framställa amning och lämplig tilläggskost som det normala, naturliga och optimala sättet att föda späda och små barn.
- Omfattande, lägligt och korrekta data om amningsprevalens och amningspraxis med användande av överenskomna standard-definitioner och metoder, ska insamlas för planering, utvärdering och operationella syften.

Ordlista

Biologisk övervakning (biomonitoring) av bröstmjolk

Bröstmjolk används ofta i mänsklig biologisk övervakning för att upptäcka persistenta (motståndskraftiga) rester av tillverkade kemikalier som ackumuleras i kroppen längs näringskedjan. Dessa föroreningar kan komma in i kroppen genom till exempel genom att äta mat, inandning, hudkontakt, etc. Bröstmjolk används som en indikator och ett instrument att följa fettlösliga och persistenta substanser. Den anses ofta som ett enkelt redskap för bioövervakning eftersom den inte är störande, även om man inte bör ignorera att det kanske inte är lätt för mammor att leverera den nödvändiga mängden eftersom urpumpning eller urmjölkning av bröstmjolk kan vara problematiskt för en del kvinnor. Många organisationer använder därför bröstmjolk för att följa upp nivåer av miljöföroreningar. Alla dessa organisationer betonar att deras avsikt inte är att tillhandahålla en kontraindikation för amning och betonar att huvudfördelarna med amning inte äventyras av någon potentiell risk från rester av föroreningar i bröstmjölken. Aktuell forskning har inte heller identifierat någon hälsorisk (varken kliniskt eller epidemiologiskt) för det ammade barnet från sin mammas exponering för kemikalier och föroreningar i miljön eller förekomsten av dessa miljöföroreningar i hennes bröstmjolk.

Kostnad-nytta-analys

Kostnad-nytta-analys uppskattar värdet av fördelarna och kostnader involverade för att fastställa om ett projekt är givande, dvs om fördelarna (t ex potentiella hälsoförbättringar) av projektet är större än kostnaderna (i allmänhet pengar men inte alltid) som är involverade. Kostnad-nytta-analys identifierar, kvantifierar och summerar alla positiva faktorer (benefits) och relaterar dem till kostnader för att fastställa ett nettoresultat som indikerar om projektet eller den planerade aktionen är berättigad eller tillrädlig.

Kostnadseffektivitets-analys

Analys av kostnadseffektivitet innebär en teknik för att jämföra det relativa värdet av olika kliniska strategier. Den vanligaste formen är att jämföra en ny strategi med rådande praxis ("lågkost-alternativet") i beräkningen av proportionen kostnadseffektiviteten. Kostnadseffektivitets-analys är ett hjälpmedel för att utvärdera val av strategier då resurser är begränsade. Det ska observeras att strategierna kan jämföras bara om de har liknande mål och använder jämförbara utdata. Att en strategi är kostnadseffektiv betyder inte den spar pengar, och att en strategi spar pengar betyder inte att den är kostnadseffektiv. Begreppet kostnadseffektivitet kräver också en värdebedömning, eftersom en persons uppfattning om vad som är ett bra pris en åtgärd kanske inte delas av en annan.

Tilläggskost (Complementary feeding)

Barnet får både bröstmjolk och fast (eller halvfast) mat. Denna definition utesluter inte barnet som också får bröstmjölksersättning.

Exklusiv amning

Barnet får bara bröstmjolk från sin mamma eller en amma, eller urmjölkad bröstmjolk, och ingen annan dryck eller mat förutom droppar som innehåller vitaminer, mineraler eller medicin.

IBCLC och IBCLE

En internationell laktationskonsult = International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) har klarat en behörighetsexamen och godkänts av International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE) och genomgår en omcertifiering vart femte år som en kvalitetsförsäkring. Avsikten med IBLCE är att bistå i att skydda hälsa, säkerhet och omsorg hos allmänheten genom att etablera och övervaka kvalifikationer och certifiering i laktation management. IBLCE certifierar kandidater efter att de framgångsrikt har genomgått en kompetensbaserad examen, oberoende av vilken kurs i laktation de har gått. IBLCE bildades 1985 och utexaminerar kandidater i många centra runtom i världen och på flera språk. Omcertifiering är obligatoriskt vart femte år. Behöriga IBCLCs måste följa en etisk kod och arbeta enligt uppsatta standards för praxis. En oberoende kommission för certifieringskontor finns sedan 1988 godkänner regelbundet IBLCE:s procedur för certifikation.

Internationella Koden

Den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar antogs 1981 av World Health Assembly (WHA) inom Världshälsoorganisationen (World Health Organization, WHO). Den Internationella Koden och efterföljande WHA-resolutioner ställer restriktioner på marknadsföringen av alla bröstmjölk ersättningar och motsvarande produkter, för att tillförsäkra mammor inte hindras från att amma och att ersättningar används säkert om de behövs. Den Internationella Koden för Marknadsföring av Bröstmjölk ersättningar och efterföljande WHA-resolutioner hänvisas gemensamt till den Internationella Koden i Blueprint.

Mamma-till-mamma

Mamma-till-mamma stöd innebär att frivilligt stöd ges av mammor med amningserfarenhet till andra mammor antingen som individer eller grupp. En del mamma-till-mamma stödgrupper har etablerats på egen hand och även utbildat sig på egen hand och arbetar ganska oberoende, medan andra (t ex La Leche League, National Childbirth Trust) utgör delar av större nationella eller internationella organisationer som erbjuder kvalificerad utbildning med ackreditering, regelbundna vidareutbildningar, bästa evidensbaserade information och stöd, och har klart definierat ansvar och operationella riktlinjer, inklusive dokumentation av alla aktiviteter och regelbundna rapporter.

Utdata och resultat

Utdata uttrycks allmänt i termer av vad ett program vill åstadkomma, dvs aktiviteter, tjänster, händelser, kurser, material, dokument och liknande. Resultat uttrycks däremot allmänt i termer som fördelar för deltagarna. Föremålet för ett resultat ska vara den som får fördel av ett givet program, projekt eller aktivitet, inte programmet i sig eller de som arbetar med programmet. Det slutliga resultatet i termer som hälsa (dödlighet, sjuklighet, handikapp, nutrition) och grupperas vanligen under ordet effekt/påverkan (impact).

Kamratrådgivare

Kamratrådgivare tillhandahåller amningsstöd till mammor, vanligen på individnivå. Kamratrådgivare är speciellt utbildade i amningsrådgivning och kan ha gått igenom en certifieringsprocedur. Kamratrådgivare finns inte tillgängliga överallt. En del kamratrådgivare är utbildade av hälsomyndigheter och betalade som en del i ett vårdteam, medan andra arbetar på frivillig basis.

Övervägande amning (predominant breastfeeding)

Barn som ammas övervägande får den största delen av sitt näringsbehov från bröstmjolk men kan även få vatten, vattenbaserade drycker, oral rehydreringslösning (oral rehydration solution, ORS), vitaminer, mineraler och mediciner i droppar eller flytande, och traditionella drycker i små kvantiteter (t ex teer). Med undantag av fruktjuice och sockervatten, så är inte vätskor baserade på livsmedel tillåtna under denna definition.

Kvantitativ forskning

Kvantitativ forskning involverar mätningar och analyser av numeriska data. Målet är att klassificera särdrag, räkna dem och skapa statistiska modeller i ett försök att förklara vad som observerats. Den kvantitativa forskaren vet på förhand vilka aspekter som studeras och vilka numeriska data som ska samlas in. Data fås i form av siffror och statistik, men kan sakna detaljer som hänger ihop med innehållet. Kvantitativa forskare strävar att förhålla sig objektivt till studiematerialet. Om storleken på studien är representativ, kan resultaten generaliseras.

Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning involverar analys av data som ord (t ex intervjuer), bilder (t ex videos), objekt (t ex konstgjorda föremål), eller händelser (t ex genom observation). Målet är att få insikt genom en fullständig detaljerad beskrivning. Forskningsfrågor och studie-design kan växa fram under samspel med respondenten. Forskaren är instrumentet som samlar data. Resultatet är subjektivt med individernas tolkning (t ex genom deltagande observation, djupintervjuer) av de mest betydelsefulla händelserna. Kvalitativa data kan vara svåra att generalisera men är ofta ”fylligare”.

Randomiserad kontrollerad studie (RCT)

En randomiserad kontrollerad studie (randomized controlled study, RCT) är den mest noggranna sättet att avgöra om det finns ett orsak-effekt-samband (mellan behandling och resultat) och om en behandling är kostnadseffektiv. RCTs har flera viktiga komponenter: slumpmässig tilldelning till interventionsgrupp; patienter och forskare är omedvetna om vilken behandling som har tilldelats fram till dess att studien är slutförd (fastän sådana dubbelblinda studier inte alltid är genomförbara eller lämpliga); alla interventionsgrupper behandlas identiskt förutom den experimentella behandlingen; patienter analyseras i regel hörande till den grupp till vilken de blev utlottade, oberoende av om de fick interventionsbehandlingen eller ej (’intention to treat analys’); analysen fokuserar på att uppskatta storleken på skillnaden i behandlingseffekt mellan interventionsgrupperna. Andra studiedesigner, inklusive icke-RCTs, kan upptäcka samband mellan intervention och ett resultat. Men dessa kan inte utesluta möjligheten att sambandet är orsakat av en tredje faktor kopplat till både intervention och resultat. Slumpmässigt urval säkerställer att inga systematiska skillnader finns mellan interventionsgrupper med hänsyn till kända och okända faktorer, som kan påverka resultat. Dubbel-blindning säkerställer att förutfattade uppfattningar om deltagare och kliniker inte kan påverka resultaten systematiskt. ”Intention to treat”-analys upprätthåller fördelen med den slumpmässiga gruppindelningen (som kan förloras om personer utesluts från analysen, som t ex genom att hoppa av eller misslyckas att slutföra studien). Meta-analyser av kontrollerade studier visar att misslyckande med att dölja slumpmässig tilldelning och frånvaron av dubbel-blindning kan bidra till att uppskattningar av behandlingseffekter överdrivs.