



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

JOR508

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	30-04-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	06-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 JOR508 1 O 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 417

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 16727

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 8

**Andre medlemmer i gruppen:** 408, 418

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

## MASTEROPPGÅVE

*Kva erfaringar har mødre med amming  
etter tidleg heimreise?*

*Ein Scoping review*

*What are mothers experiences with  
breastfeeding after early discharge?*

*A Scoping review*

Kandidatnummer: 408, 417 & 418

Emnekode: JOR508

Fakultet/Institutt/program: Institutt for helse og  
omsorgsvitenskap/Høgskulen på Vestlandet/ Master i  
Jordmorfag

Innleveringsdato: 06.05.2019

Vi stadfester at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til  
alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen  
ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

## **Forord**

Vi vil rette ei stor takk til våre rettleiarar for konstruktiv tilbakemelding og godt samarbeid undervegs i prosessen. Vi ynskjer å takke bibliotekarane ved Høgskulen på Vestlandet for god hjelp i søkeprosessen og handtering av referansar. Til slutt ynskjer vi å vie ein stor takk til våre kjære familiar og vener som har oppmuntra og støtta oss gjennom heile masterskrivinga.

## ABSTRAKT

**Bakgrunn:** Opphaldet på barselavdelingane er i endring, internasjonalt og i Norge. Kvinner reiser heim 6-48 timar etter fødsel.

**Hensikt:** Studien kartlegg forskning som er gjort rundt mødre sine erfaringar med amming og tidleg heimreise etter fødsel. Problemstillinga: *Kva erfaringar har mødre med amming etter tidleg heimreise? Ein Scoping review.*

**Metode:** Metoden i studie er scoping review. Hensikta er å finkjemme store områder for relevant kunnskap, for å presentere oversikt av tema på feltet. Inklusjonskriteriane: internasjonal og skandinavisk forskning, kvinner og born med heimreise frå 6-72 timar. 9 databaser; Epistemonikos, SweMed+, Academic search elite m/Cinahl, Medline Ovid, Oria, Embase via Ovid, Cochrane Library og Johanna Briggs Institute EBP og Cinahl EBCSCO. Resulterte i 11 forskingsartiklar.

**Resultat:** 4 tema: *Tryggleik i eigen heim, Tryggare på sjukehuset og kontakt med helsepersonell, Usikkerheit knytt til amming, og Viktige faktorar for å klare amminga.*

**Konklusjon:** Tidleg heimreise har ikkje innverknad på amminga så lenge det er lagt til rette for støtte, hjelp og rettleiing frå helsepersonell.

**Nøkkelord:** Amming, tidleg heimreise, erfaring, profesjonelt helsepersonell, postpartum

## ABSTRACT

**Background:** Maternity stay has changed. One sees shorter length of stay in wards international and in Norway. Women discharges 6–48 hours after birth.

**Aim:** The purpose of this scoping review is to investigate what has been researched earlier towards women's experiences of breastfeeding after early discharge from hospital after given birth.

**Design/Method:** The method is to investigate a large field for relevant knowledge on the theme, and present it in a scoping review. The inclusion criteria; international and Scandinavian research, women and infants with early discharge between 6-72 hours after birth. Systematic search of 9 databases; Epistemonikos, SweMed+, Academic search elite m/Cinahl, Medline Ovid, Oria, Embase via Ovid, Cochrane Library, Johanna Briggs Institute EBP and Cinahl EBCSCO. Resulted in 11 articles.

**Results:** Themes; *Security in own home, Safer in hospital and contact with health personnel, Uncertainty related to breastfeeding, and Important factors for coping with breastfeeding.*

**Conclusion:** Breastfeeding at early discharge is usually no problem as long as the women get advice, support and guidance from trained health-personell.

**Keywords:** Breastfeeding, early discharge, experience, professional healthpersonell, postpartum

# Innholdsliste

<b>1.0 Bakgrunn.</b> .....	<b>7</b>
<b>2.0 Teoretisk referanseramme</b> .....	<b>10</b>
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>14</b>
<b>4.0 Kartlegging av data</b> .....	<b>19</b>
<b>5.0 Resultat</b> .....	<b>31</b>
<b>6.0 Metodediskusjon</b> .....	<b>36</b>
<b>7.0 Resultatdiskusjon</b> .....	<b>40</b>
<b>8.0 Konklusjon</b> .....	<b>52</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>54</b>
<b>Vedlegg 1</b> .....	<b>60</b>
<b>Vedlegg 2</b> .....	<b>69</b>

## Liste for figur og tabell

<b>Figur 1.</b> <i>Flytskjema</i> .....	18
<b>Tabell 1.</b> <i>Litteraturmatrise</i> .....	20

## 1.0 Bakgrunn

Barseloppaldet i Norge har gjennom åra endra seg. På 60 - 70 talet var liggetida inntil 14 dagar, og slik nærma det seg -90 talet der færre døgn vart trenden (Binnie & Reinart, 2017, s.594-595; Nylander, 2015, s.10-11). Ut i frå eit internasjonalt perspektiv viser ein studie som tok føre seg 92 land der kvinner reiste heim mellom 6 - 72 timar etter fødsel, at liggetida i 2016 låg på 1,3 - 6,6 døgn (Campbell, Cegolon, Macleod og Benova, 2016). Ut i frå anbefalingane til World Health Organization (WHO) anbefalast det at nybakte mødre og barn som har gjennomgått ein komplikasjonsfri fødsel vert på sjukehuset dei fyrste 24 timane etter fødsel (World Health Organization, 2010, s.19).

I følge Folkehelseinstituttet (FHI) har nybakte mødre si liggetid halde seg stabilt dei siste 5 åra, men frå 1999 - 2017 har liggedøgn gått ned frå 4,1 til 2,8 døgn (Folkehelseinstituttet (FHI), 2018a, 2018b). Stadig fleire store sjukehus har planar om å redusere liggetida ytterlegare for barselkvinner og nyfødde barn (Fladberg, 2018). Ved St. Olavs hospital er planen at kvinnene skal reise heim etter 6 timar, og få vidare oppfølging i heimen av "Jordmor heim" (Høivik, 2018). Fagpersonell ved St. Olavs hospital si fødeavdeling meiner dette tilbodet er trygt og godt for kvinner som nyleg har fødd (Høivik, 2018). I ei spørjeundersøking som tok med 20 barselavdelingar rundt om i Norge, fann ein mange alvorlege avvik i forhold til «*Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for forsvarlig barselomsorg fra 2014*» (Fladberg, 2018). Blant barselavdelingane var det berre 5 av 15 avdelingar på føde/barselavdelingar som sa i frå til kommunen sin helsestasjon ved tidleg heimreise. Det var ulik praksis frå store til små sjukehus ved korleis dei tilpassa seg ynskje og behov til kvinnene som skulle reise tidleg heim (Fladberg, 2018).

Det viste seg at kvinner vart hyppigare sendt heim mot sin vilje på store sjukehus enn mindre sjukehus (Fladberg, 2018). I følge Helsedirektoratet (2014) skal kvinner som ynskjer å reise tidleg heim, få tilbod om eit heimebesøk av jordmor innan dei 2 fyrste dagane etter heimreise. Dei kvinnene som har god erfaring frå tidlegare fødsel, amming og barsel bør få tilbod om heimebesøk innan dei 3 fyrste døgn etter heimreise (Helsedirektoratet, 2014, s.12). Dette stemmer godt overeins med WHO si målsetting: "*If mother and baby are discharged from the facility sooner than 48 hours, a qualified professional or skilled attendant should assess them within 24 to 48 hours after discharge*" (World Health Organization (WHO), 2010, s.13).



Ei differensiering i barseltilbodet ved dei ulike kommunane gjer at barselkvinnene får ulikt tilbod avhengig av kva kommune dei er busett i (Andreassen, 2018). Fagpersonell ser den store jordmormangelen rundt om i ulike kommunar i Norge, som kan ha negative konsekvensar på blant anna amming og tilknytning til det nyfødde barnet (Andreassen, 2018). Samstundes er fagpersonell bekymra for at 6 av 10 kommunar ikkje fylgjer Helsedirektoratet sine retningslinjer om barselomsorga (Andreassen, 2018). I 2012 la Samhandlingsreforma føringar for auka fokus på førebygging av sjukdom, koordinering av tenester, og utvikling av løysingar på endra demografisk utvikling (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009b, s.70-71). Når det kom til barselomsorga i Norge fekk samhandlingsreforma endringar for barselomsorga i Norge som vart meir desentralisert. Omsorga er flytta frå spesialisthelsetenesta til kommunen, noko som vart gjort for å sikre best mogeleg tilgjenge til tenesta (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009b). Samhandlingsreforma hadde som intensjon i svangerskaps – fødsels – barselomsorga, å gje eit fullverdig tenestetilbod til brukarane samt fleksibel bruk av jordmortenesta (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009b).

Ein ser at den reduserte liggetida for barselkvinner heng saman med at helsetenesta prioriterer annleis, der ressursar styrast mot pasientar med meir alvorlege lidingar (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009a, s.54). Kvinnene reiser tidlegare heim, noko som inneber at amminga ikkje har kome godt i gang. Ein ser derfor at oppfølging av mor og barn er naudsynt etter utskrivning (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009a, s.54). Nokre fødeavdelingar har etablert ammepliklinikk, ambulant oppfølging frå jordmor, barnepleiar, eller poliklinisk tilbod for nyfødd screening, telefon- eller Short Message Service (SMS) frå fødeavdelingane (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009a, s.53).

Det er ikkje konsensus blant fagpersonell i spesialisthelsetenesta når det kjem til tidleg heimreise (Høivik, 2018). Mange er skeptiske til at nybakte mødre og born skal reise tidleg heim, dei set spørsmålsteikn ved om fastlegar og legevakt har kompetanse og ressursar på nyfødde born. Ei systematisk kartlegging av norske kvinner sine ammeproblem i 2005, viste at det var 12% av kvinnene som rapporterte at dei ikkje hadde hatt ammeproblem i ammeperioden sin (Tuft, 2005, s.25). Ifølge fleire kronikkar er fagpersonell bekymra for oppfylginga av nybakte mødre den fyrste tida etter heimkomst frå barselavdelinga (Andreassen, 2018; Fladberg, 2018; Høivik,2018). Mange norske kvinner oppsøkte ikkje helsestasjonen når amminga var eit problem (Tuft, 2005, s.26). I studien til Tjora, Karlsen,

Moster og Markestad (2010) og Sølsnes, Brattås og Ulvedalen (2014), har dei sett at tidleg utskrivning frå sjukehus kan føre til alvorleg dehydrering hjå nyfødde born og re-innleggelse, på grunn av sviktande amming.

Det er brei kunnskap om kor viktig amming er for barnet, men også for mor. Retningslinja “Nytt liv og trygg barseltid for familien – Nasjonal fagleg retningslinje for barseltiden” (2014) tar spesifikt opp fordelane ved at barnet diar. Biologisk sett skjer det mange endringar i kvinna sine bryst gjennom svangerskapet og ammeperioden, både endringar i størrelse, fasong og funksjon (Lawrence & Lawrence, 2016, s.56-57). Hormonet Oxytocin frigjerast når barnet er fødd, fall i serumøstrogen og serumprogesteron skjer når placenta er fødd (Lawrence & Lawrence, 2016, s.58; Inch, 2014, s.704-710). Det fører til at den prolaktin-hemmande effekten vert vekke. Prolaktin stimulerer epitelcellene i alveolane til å produsere mjølk, i tillegg til auka blodgjennomstrøyming til bryst og mjølkekjertlar. Mjølkeproduksjonen startar når barnet stimulerer brystet ved å die. Ved normal fødsel, kan kvinnene starte å produsere større mengder mjølk rundt 2-4 dagar post partum (Lawrence & Lawrence, 2016, s.58). Kvar gong barnet diar, stig prolaktin nivået (Lawrence & Lawrence, 2016, s.71; Inch, 2014, s.704-710). Ein kan sjå at ammeprosessen tek tid. Noko som gjer at kort liggetid kan verte utfordrande for mange mødre. Då ein ser at den teoretiske kunnskapen om amming og erfaringsnivået til mange av kvinnene ikkje er godt nok, og kvinnene kan då få ulike utfordringar rundt amminga (Fredriksen, Moland & Harris, 2018; Sayakhov & Carolan-Olah, 2016).

I 1994 vart det fyrste «Mor-barn-venleg-sjukehuset» godkjent, dette var eit tiltak for å betre barselomsorga og fremje amming. I 2016 vart 90% av norske barn fødde på mor-barn-venlege sjukehus (Oslo Universitetssykehus, 2016). I Norge fullammar omlag 95% etter 2 veke og 81% fullammer etter 4 månader i 2013. Norge er eit føregangsland når det kjem til amming, og kvinnene vil ynskje å få til amminga (Lande & Helleve, 2014). For at norske sjukehus skal verte godkjende som mor-barn-venleg, må dei vurderast etter dei 10 trinna til vellukka amming, sjå [vedlegg 3](#) (Oslo Universitetssykehus, 2016; World Health Organization (WHO), 2018). I tillegg til «Mor-barn-venleg-sjukehus» er der nasjonale faglege retningslinjer som tek føre seg råd om kosthald for spedbarn fram til 1-års alderen (Helsedirektoratet, 2016). Retningslinja har ei todelt anbefaling for spedbarnsernæring. Dei to ulike delane tek føre seg blant anna amming, morsmjølk, morsmjølkerstatning samt introduksjon av mat, drikke, energi

og næringsstoff. I følge Helsedirektoratet (2016) er anbefalinga å amme til barnet er minst 6 månader gammalt (Helsedirektoratet, 2016, s.6).

Ifølge studien til Brown, Small, Argus, Davis og Krastev (2002) er det mange variasjonar av tidsmessige definisjonar på kva som er “tidleg heimreise”. I studien var tidleg heimreise definert frå 6 - 72 timar (Brown, 2002). Ifølge barselretningslinjene har ein i Norge ikkje klar definisjon på kva tidleg heimreise er (Helsedirektoratet, 2014, s.32-33). Derfor vert “tidleg heimreise” i vår studie definert frå 6 - 72 timar ved utskrivning frå sjukehuset. I studien vert omgrepet «post partum» nytta, då dette er eit sentralt omgrep innan barselomsorga. «Post partum» er definert som dei 24 fyrste timane etter fødsel (Kåss, 2018).

## 2.0 Teoretisk referanseramme

I denne delen av studien har vi tatt føre oss teoretiske perspektiv i forhold til salutogenese og empowerment. Der Antonovsky sine modellar og forklaringar er sentrale. Vi har vidare knytt teori opp mot tidleg heimreise og amming for kvinnene. I tillegg ser vi på stress-teoriar og meistringsomgrep.

I følgje Nylander påverkar amming psyken og meistringskjensla til mor. Det er forska på at amming reduserer brystkreft, kreft i eggstokkane og livmorkreft(Nylander, 2015, s.246). I tillegg er det mange fordelar for barnet si helse, vekst og trivsel (Helsedirektoratet, 2014, s.38-40; Nylander, 2015, s.133). I følgje Hansen (2017c) er morsmjølk den beste næringa for spedbarn. Morsmjølk er tilpassa barnet sitt behov, og endrar samansetning og mengde gjennom brystmåltidet, gjennom dagen og gjennom heile ammeperioden (Hansen, 2017c, s.711). Fordelane med amming både for mor og barn er klare, men forskning viser at amming kan vere vanskeleg ved for tidleg heimreise, sidan mjølkeproduksjonen ikkje er kome skikkeleg i gang. Kvinnene kan då oppleve amming som utfordrande og vanskeleg å meistre (Hansen, 2017c, s.711).

### 2.1 Helsefremjande faktor; salutogenese – empowerment

Ein viktig faktor for å skape god helse er at jordmor klarer å ha salutogen tilnærming til den nybakte mor. Salutogen tilnærming fokuserer på kva som kan skape helse, og vekst for god helse. Perspektivet til salutogenesen er å ha fokus på kva som kan skape ein utviklingsprosess

mot helse for individet (Antonovsky, 2014, s.30). For at kvinna skal få helsebringande effekt av amming må ho meistre ulike utfordringar rundt amming. Døme på slike utfordringar som er vanleg, kan vere sår på brystknoppene, feil ammestilling og lite die-villig barn.

Salutogenese har fokus på individet sine ressursar og tilnærming til meistring (Antonovsky, 2014, s.41-43). Ein ressurs kan vere partner eller familiemedlemmer som kan bidra til å betre kvardagen til nybakte mødre ved tidleg heimreise (Löf, Svalenius og Persson, 2006). For nybakte mødre som reiser tidleg heim vil det vere viktig å utvikle ferdigheiter for å klare å handtere den nye kvardagen.

«Oppleving av samanheng-modellen» (OAS-modellen) skal søke å forklare utviklinga av god helse, kva prosessar som kan føre til både fysisk og psykisk god helse (Antonovsky, 2014, s. 38-39). I følge Antonovsky var det tre komponentar som var viktige for å skape god helse: begriplegheit, handterbarheit og meningsfullheit heng saman, og påverkar kvarandre (Antonovsky, 2014, s.38-39). Begriplegheit handlar om å oppleve noko som strukturert, tydeleg eller systematisert. Den andre komponenten handterbarheit handlar om evne og moglegheita til å påverke sin eigen situasjon og omgjevnaden sine. Den siste komponenten meningsfullheit handlar om korleis ein opplev samanhengen. Antonovsky meiner at meningsfullheit er den viktigaste komponenten. Opplevingar av å forstå noko gjer at ein ynskjer å lære, dersom den er manglande vil ein vere mindre motivert til å handtere utfordringar (Antonovsky, 2014, s.39-40; Bakken, 2012; Langeland,2019). OAS-modellen har fokus på at helse er ein utviklingsprosess med fokus på ressursar framfor problem. Ser ein OAS-modellen i praksis til jordmor, så bør jordmor gi individuell støtte, råd og ammerettleiing før kvinna utskrivast i tråd med «Ti trinn for vellykka amming», dette for å auke kunnskapen til kvinna slik at ho betre kan handtere amminga (World Health Organization (WHO), 2010). For at jordmor skal kunne utføre dette må jordmor ha kunnskapar om kommunikasjon.

Kommunikasjon føreset grunnleggande kunnskap, evner og bevisstgjerjing av kompleksiteten. Kjerna er å vere anerkjennande og aktivt lyttande, samstundes som ein er open og direkte (Eide & Eide, 2014, s.12-13). Jordmor bør kunne ulike formar for kommunikasjon. Ei form for kommunikasjon er empatisk kommunikasjon, der jordmor lyttar, viser respekt og forståing for det kvinna gjennomgår (Foyen & Tobiassen, 2017, s.164-188). Jordmor kan bruke ei

empatisk retning innan kommunikasjon ved post partum samtalen før kvinna reiser heim. For å gje rom for kvinna til å snakke om sine erfaringar og utfordringar, så er det viktig å bruke opne spørsmål i samtalen. Slik kan ho inviterast til å snakke. Føremålet med opne spørsmål treng ikkje vere informasjonsinnhenting, men meir å få kvinnene til å snakke fritt og opent om følelsar og erfaringar (Eide & Eide, 2014, s.276). Ved at jordmor gir individuell rettleiing kan kvinnene meistre dei tre komponentane i OAS-modellen og lettare handtere dei ulike utfordringane med amming. Å bruke og å få fram dei salutogene friske og gode ressursane hos kvinna, for å vidare bygge på vilje og forutsetningar, vert såleis viktig i empowerment prosessen. Definisjon på Empowerment er: «En prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer» (Sørensen et al., 2002). Prosessen som ein då håpar vil føre til vellykka amming for kvinna og hennar barn. Jordmor si viktigaste rolle her i forhold til salutogenese og empowerment, vert å støtte kvinna og familien hennar slik at ho vil føle seg sett og høyrst. Det å hjelpe kvinna til å bli i stand til å forstå amminga og dei utfordringane som kan ligge i det å amme. Viktigheita vert for kvinna å klare å stå i amming ved vanskelege periodar. Vidare blir det å sørge for at kvinna tek gode val for seg sjølv, sitt born og familien. Som jordmor bør ein gi kvinna den kunnskapen som trengst til dette. Slik at ho opplever amminga som meningsfylt trass vanskar (Tengqvist, 2012, s.78-79).

Ordet Empowerment kjem frå humanistisk menneskesyn. Prinsippet vil seie at mennesket kan utvikle ferdigheiter og evne til å overleve, der fokuset er eit liv som er til det beste for individet og for samhaldet (Askheim, 2012, s.21). Det å oppleve tilstrekkeleg kontroll over ulike faktorar er det som er med på å bestemme om det vert ei positiv utvikling. Meistring og det å kunne handtere situasjonar, påkjenningar og livskriser vil kunne føre til betre helse for kvinnene og borna deira. Ein kan bruke ulike meistringsstrategiar for å oppnå meistring. Individet si meistring, meistringsmoglegheit og meistringshjelp er viktig når det kjem til dette å meistre. Det er ulike faktorar som spelar inn for at ein person skal kunne meistre situasjonen (Antonovsky, 2014, s.161-162). Det er samheng mellom følelsar og meistring. Når kvinnene vert rettleia kan kvinnene få eit meir bevisst forhold til eiga helseåtfærd. Det er essensielt at kvinnene ser meininga med det som skal meistrast. Gjennom klar og god informasjon om amming, tilknytning og praktisk hjelp kan det bidra til at kvinna får meistringskjensle. Lawrence og Lawrence (2016) meiner at bandet som vert knytt mellom ei ammande mor og hennar diande barn, er sterkare enn då barnet var foster. Når kvinnene

meistrar å få næring i barnet sitt, vil hennar ansvarskjensle verte større og hennar eksistensielle behov verte dekkja (Lawrence & Lawrence, 2016, s.194-200).

Studien til James, Sweet og Donellan-Fernandez (2016) viser at eit fleirtal av mødrene ynska å reise tidleg heim i staden for å vere på sjukehuset, då dei erfarte til dømes stress ved at dei ikkje fekk rom der heile familien kunne vere i lag. Stresset dei utsettast for kan forklarast og settast inn i ein samanheng som må forståast slik at stresset kan tolkast som meningsfylt. Antonovsky skriv at om ein har høg grad av stressfaktorar og samtidig har høg grad av sosial støtte, så kan det gi helsebringande effekt (Antonovsky, 2014, s.32). Kvinner vil kunne oppleve stress i den nye kvardagen etter fødsel. Derfor bør jordmor ha kunnskap om stressreaksjonar, slik at ho kan rettleie kvinna til å handtere stress. Selye introduserte omgrepet stress i 1936, som eit medisinsk og psykologisk omgrep, han skildra stress som ei påkjenning eller ei belastning for organismane (Svartdal & Malt, 2018). For å få forståing av kva stress er, må ein sjå på dei ulike stressproduserande faktorane. For ei nybakt mor kan ein stressproduserande faktor vere å reise tidleg heim, når amminga ikkje er veletablert. Deretter kan mødrene oppleve stress ved å ikkje få i barnet mat. Dei fleste stressfaktorar kjem av biologiske stressreaksjonar, anten det er positivt eller negativt (Svartdal & Malt, 2018). Å ha støtte av partner og frå jordmor, kan bidra til å redusere stressnivået for mødrene (Persson & Dykes, 2002). Viktige faktorar for at mødrene skulle føle seg vel, var at mødrene trengde søvn, kvile og at dei som mødre fekk til å amme barnet sitt (Persson & Dykes, 2002). Om slike faktorar ikkje er til stades, er ein i faresona for å kunne få dårlegare psykisk og fysisk helse fordi ein har lav meistringskjensle.

Dersom jordmor gir individuell støtte til kvinna kan det vere med på å bidra til å redusere stressnivået ved tidleg heimreise (Löf et al., 2006). Ut i frå rammeplanen for jordmorutdanninga står det at jordmor skal «Være kvalifisert for oppgaver i rådgivning, undervisning og veiledning innenfor det jordmorfaglige området» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s.5). Jordmor har ei sentral rolle ved at ho skal undervise og forberede kvinna til å kunne handtere morsrolla. Ein skal ha kompetanse til pedagogisk arbeid med gravide, kommande foreldre og familien innan til dømes amming. «Jordmoren skal utøve helsefremmende, forebyggende, undervisende, veiledning, rådgivende og behandlende virksamhet innenfor reproduktiv helse» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s.4). Retningslinjene gir ei sterk anbefaling at jordmor bør

trygge og rettleie kvinna slik at ho reduserer stressnivået knytt til amminga den fyrste tida, men også vidare i ammeperioden (Helsedirektoratet, 2014, s.38-39). For å sikre at kvinnene og barna får oppfylginga som dei har rett på, skal jordmor eller helsesjukepleiar komme på heimebesøk i løpet av den fyrste veka (Helsedirektoratet, 2014, s.12).

## 2.2 Hensikt og problemstilling

Føremålet med studien er å undersøke kvinnene sine erfaringar med amming etter tidleg heimreise. På den måten vil helsepersonell kunne auke kunnskapen om korleis ein kan styrke og styre informasjonen ein gir kvinnene før utreise frå barsel og på heimebesøk. Definisjonen på erfaring: Er den informasjon individet ervervar seg gjennom handlingar og sansing (Teigen, 2011).

*Problemstilling: Kva erfaringar har mødre med amming etter tidleg heimreise? Ein Scoping review.*

## 3.0 Metode

I metodekapittelet vil det verte presentert korleis vi gjekk fram for å svare på problemstillinga. Her vil vi introdusere scoping review og dei 6 trinna som har vorte brukt i studien. Vidare legg vi fram kva inklusjonskriteriar som har vore brukt, for deretter å beskrive detaljert korleis søkestrategien har vore. Ein kjem så til gjennomgang av søk og flytskjema som viser oversikt over kor mange artiklar vi har sett på og inkludert. Til slutt kjem litteratormatrisene som viser hovudfunna frå kvar artikkel som er inkludert.

### 3.1 Scoping review

For å belyse problemstillinga i studien vart scoping review valt. Vi valde scoping review fordi vi skulle finkjemme eit stort område for relevant kunnskap, og presentere ei vid oversikt av tema på feltet (Arksey & O'Malley, 2007; Peterson, Pearce, Ferguson & Langford, 2017). Ein scoping review kan forståast som ei forundersøking for å kunne klassifisere vitenskaplege studiar (Polit & Beck, 2017, s.649-650). Denne metoden kan vere ein god måte å avdekke kunnskapshol der det er mindre forskning på området. Typisk i scoping review er at ein ofte har "store" spørsmål og bruker fleksible prosedyrar og evaluerer ikkje vitenskapleg forskning og at ein presenterer funna (Polit & Beck, 2017, s.649-650). Det er ein del ulikheiter mellom scoping review og meta-analyse (Peterson et al., 2017). Ein scoping review har meir ope forskings spørsmål som vil få fleire treff i søket enn meta-analyse (Peterson et al., 2017). Det er

meir fleksibilitet i scoping review enn i eit tradisjonelt systematisk studie (Arksey og O'Malley, 2007). I følge Peterson et al. (2017) vil scoping review kunne ta med alle former for studiar. Ein inkluderer alle former for kvalitative og kvantitative studiar og systematiske oversiktsstudiar (Peterson et al., 2017). Typisk for eit sluttprodukt innan denne sjangeren er at det vert presentert på ein narrativ måte, med minimale eller avgrensa statistisk informasjon (Peterson et al., 2017). Slik vi har presentert funna så har vi nytta oss av narrativ måte, som tyder «forteljande», så det at vi har gjenfortalt det funna i artiklane seier (Stein, 2016). Gjennom studien har vi gått gjennom dei 6 trinna til ein scoping review, trinna vert presentert nedanfor. Vi har valt å ta med det 6 trinnet, då vi ynskjer konklusjon på våre funn.

Der er 6 trinn i ein scoping review:

1. Identifisere forskingsspørsmålet
2. Identifisere relevante studiar
3. Val av studiar
4. Kartlegge data
5. Samle, oppsummering og rapportere data
6. Konsultasjon (Valfritt steg)

(Arksey og O'Malley, 2007; Peterson et al., 2017).

### 3.3 Inklusjonskriterier

Det fyrste trinnet i scoping review er å: identifisere forskingsspørsmålet, som vi gjorde ved å opprette ei problemstilling og sette inklusjonskriterer. Ut ifrå studien si problemstilling vart ulike inklusjonskriterier valt. Vi såg når vi søkte første gangen med 10 år at det var lite relevante treff av artiklar, og derfor endra vi søket til å ikkje ha avgrensingar for årstal. Eit viktig inklusjonskriterie var at kvinnene måtte reise heim i lag med borna innan 6-72 timar post partum. Sidan det er ein scoping review, er det viktig å søke med breidde og ikkje ha mange eksklusjonskriterier. Alt av kvalitative, kvantitative og systematiske oversiktsstudiar vart inkludert då det var viktig å samle alt av stoff som er på temaet. Andre vurderingar vi gjorde var å søke på skandinavisk forskning og internasjonal forskning. Vidare såg vi at vi måtte avgrense søket på språk. På grunn av økonomiske avgrensingar vart det søkt etter engelske og skandinaviske forskingsartiklar.



### 3.4 Søkestrategi

Trinn 2 i scoping review er å: Identifisere relevante studiar. Det vart utført til saman 2 litteratursøk. Vi utførte litteratursøk i desember - januar, og hadde eit nytt kontrollersøk i mars 2019. Totalt antal databasar var 9. Søk nummer 1 vart gjort i 7 relevante databasar i forhold til problemstillinga og hensikta til studien: *Epistemonikos*, *SweMed+*, *Academic search elite m/Cinahl* og *Medline Ovid*, *Oria*, *Embase via Ovid*, *Cochrane Library* og *Johanna Briggs Insitute EBP database*. Føremålet med studien er å undersøke kvinnene sine erfaringar ved amming etter tidleg heimreise, ved bruk av scoping review. Søkeorda vi nytta var: *Breastfeeding*, *context of early home discharge*, *homevisit*, *Mother*, *Early discharge*, *early Discharge*, *early home*. Søkeorda vart kombinert med kombinasjonar OR og AND for å få med alle relevante artiklar i dei ulike databasane.

Ved kontrollersøket i mars søkte vi systematisk i 5 databasar: *Cinahl EBCSCO*, *Medline Ovid*, *Epistemonikos*, *SveMed+* og *Cochrane Library*. Vi søkte på ulike databasar, som gjorde at vi kunne nå over eit større område av datamaterialet på ein effektiv måte. Det var mange studiar som møtte søkekriteria tidleg i søket, men som vart ekskludert på grunn av inklusjonskriterier og duplikantar. Før søket starta fekk vi hjelp av bibliotekar på Høgskulen på Vestlandet og det vart laga ei ordliste som bestod av følgande 8 søkeord: *Breastfeeding*, *Breast Feeding (Mesh)*, *Early discharge*, *Length of stay (Mesh)*, *post partum (mesh)*, *post partum*, *puerperium* og *postnatal care*. Dette for å sikre at søka var systematiske. Oversikt over søkestrategi, [Vedlegg 1](#). Søkeorda vart kombinert med kombinasjonar OR og AND for å få med alle relevante artiklar i dei ulike databasane. Vi har brukt nettsida Meshu og Ordnett for å finne både norske og engelske søkeord.

### 3.5 Gjennomgang av søk

Trinn 3 i scoping review er val av studiar. Her viser vi kvifor studiar vart ekskludert, og korleis vi gjekk gjennom funna for å velje ut dei aktuelle studiane som vart med vidare. Vi presenterer i 2 bolkar, i **Søk nr 1** og i **Kontrollersøk**. Her vil ein også finne tabellar som viser aktuelle artiklar, artiklar vurderte og inkluderte artiklar som vi har brukt inn mot studien.

**Søk nr 1** vart det treff på 1865 forskingsartiklar. Der 1821 treff vart eliminert grunna lite eller ingen relevans inn mot problemstillinga. 44 abstrakt vart lest, der ytterlegare 19 forskingsartiklar vart ekskludert grunna manglande relevans, der 7 av forskingsartiklar var

dubletter. Av attverande studiar var det 18 forskingsartiklar som vart lest i fulltekst. Vidare ekskluderte vi her 10 forskingsartiklar grunna lite relevans når det kom til problemstillinga, og at dei ikkje direkte belyste studien si hensikt. 8 forskingsartiklar vart med vidare etter gjennomgang av referanselistene til studiane.

**Kontrolløk:** vart utført i 5 databasar. Totalt antal treff frå kontrolløk var 825 forskingsartiklar, vi ekskluderte 726 forskingsartiklar på grunn av tittel, språk eller manglande tilgang. Vidare las vi 99 forskingsartiklar sine abstrakt. 84 forskingsartiklar av desse vart ekskludert grunna manglande relevans. Etter å ha lest abstrakta vart 15 forskingsartiklar ståande att. Totalt 9 forskingsartiklar var dubletter. Totalt frå kontrolløk var det 6 forskingsartiklar som vart inkludert vidare til litteraturmatrisa, der 3 forskingsartiklar vart ekskludert grunna ingen relevans inn mot problemstillinga til studien. Frå kontrolløk var det 3 forskingsartiklar som var relevante. Totalt antal inkluderte forskingsartiklar etter søk nummer 1 og kontrolløk (n=11).

Prosessen med å inkludere studiar vart utført av alle 3 individuelt, vi nytta videokonferanse om noko var uklart. Det vart gjort tilleggsøk der vi var samla på Høgskulen på Vestlandet. Når artiklane skulle vurderast, var vi saman om arbeidet. Dette vart gjort ved å bruke tavle der artiklane vart skrive opp, alle ulike forfattarnamn, år og tittel på artiklane. Slik fekk vi oversikt over funna. Dei inkluderte artiklane (n=11) vart kvalitetsvurdert av sjekklister og sjekka for relevans for problemstilling og hensikt til studien vår. Vi har utarbeida eit flytskjemaet, sjå [Figur 1](#), som viser korleis vi kom fram til dei 11 inkluderte artiklane i studien.

Figur 1: Flytskjema



## 4.0 Kartlegging av data

I dette avsnittet har vi tatt føre oss korleis vi gjekk fram for å kartlegge data som er inkludert i studien. Trinn 4 i scoping review er å kartlegge data for å lettare systematisere funna (Arksey og O`Malley, 2007; Peterson et al., 2017). Her vil vi syne korleis vi har kartlagt data som er med på å vise korleis vi har komme fram til hovudfunna.

Då vi skulle kartlegge datamaterialet vårt, var det viktig å systematisere alle funna frå kvar artikkel. Dette vart gjort ved å legge hovudfunna som omhandla tidleg heimreise og erfaringane til dei nybakte mødrene inn ei litteraturmatrise som vi hadde designa, sjå [Tabell 1](#). Litteraturmatrisa vart utarbeida for at det skulle vere meir oversiktleg for oss å sjå om artikkelen hadde relevans for studien (Lerdal, 2016). Ein kan bygge opp litteraturmatrisene ulikt, men dei fleste er bygd opp etter Introduction- Method- Results and Discussion (IMRaD-struktur) (Lerdal, 2016). Vi starta med ei «grov» matrise som tok med opne resultat frå dei 11 artiklane før vi spissa resultatata meir slik at dei skulle vere meir direkte inn mot problemstillinga som omhandla tidleg heimreise og erfaringane knytt til amming.

For å vere sikre på at all data vart kartlagt rett, så gjekk vi alle gjennom artiklane kvar for oss. Dette for å sikre at vi ikkje hadde fortolka funna, då det er lett å fortolke funn som står på engelsk når det skal omsetjast til norsk. Dei 11 artiklane vart fordelt i tre omgangar som 4-4-3, slik at vi hadde gått gjennom alle artiklane alle saman. Når vi så hadde ei felles forståing for resultatet i kvar artikkel, vart det lagt inn i litteraturmatrisa [Tabell 1](#). Det vart oppretta eit felles google dokument for å ha system på skrivemåte og presentasjon av funn. Alle funn av relevans inn mot problemstilling vart skrivne i litteraturmatrisa før fargekoding. Det vart laga 7 spesifikke fargekodar som til slutt vart samanslått til totalt 4 tema. Vi valde å bruke fargekodar slik at vi lett skulle sjå kva artiklane sa om tema som kunne vere like, eventuelt om der var tema som var av relevans inn mot problemstillinga, som berre enkelte av studiane sa noko om.

Tabell 1: Litteraturmatrise

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
1) Benahmed, N San Miguel, L Devos, C Fairon, N Christiaens, W (2017)	<i>Vaginal delivery: How does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review.</i>  <i>Vaginal fødsel: Korleis påverka tidleg utskriving mor og barn sitt utfall? Ei systematisk litteraturoversikt.</i>	Å avgjere kor tidleg etter fødsel utskrivings- policy frå sjukehus kan påverke helsemessige resultat etter vaginal fødsel, for friske mødre og deira nyfødde.	Belgia	Systematisk oversikt  Inkluderte 7 <b>randomiserte kontrollerte studiar:</b> <i>Carty (1990), Gagnon et al. (1997), Helleman &amp; Kohl (1962), Sainz-Bueno et al. (2005), Smith-Hanrahan Deblios(1995), Waldenström &amp; Lindmark (1987) Yanover et al. (1976)</i>  <b>Ikkje randomiserte studier inkludert:</b> <i>Askelsdottir et al. (2013) Ramirez-Villalobos et al. (2009)</i>	9  inkluderte studiar  3167 kvinner  48 timar tidleg utreise	6 av studiane rapporterte delvis eller eksklusiv amming frå 3 veker til 9 månader. Funn i studien viser at mødre som reiste tidleg heim hadde like stor moglegheit for å amme sine nyfødde som dei med konvensjonell (standard) barselopphald på sjukehuset  Eit ikkje- randomisert kontrollert studie rapporterte at tidleg heimreise av mødre (frå 12- 24 timer post partum) beskrive mindre positive følelsar mot amming samanlikna med mødre som er i kontroll gruppa (standard opphald frå 24-48 timar post partum).

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
2) Brown, S Small, R Argus, B Davis, PG Krastev, A  (2002)	<i>Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review)</i>  Tidleg utskriving etter fødsel av friske mødre og speborn fødd til termin (oversikt)	Å vurdere effekt og effektivitet av politikken for tidleg heimreise, av friske mødre for spebarn født til termin. Fokus på helse og velvære hjå mor og barn.	Nord Amerika, Storbritannia, Spania, Sverige, Sveits	RCT-studie  Oversiktsstudie  <b>10 studier inkludert:</b> <i>Boulvain et al. (2004), Brooten et al. (1994) Carty (1990), Gagnon et al. (1997) Hellman &amp; Kohl (1962) Sainz Bueno et al. (2005), Smith-Hanrahan &amp; Deblois (1995), Waldenström (1987) Winterburn &amp; Fraser (2000) Yanover, Jones &amp; Miller (1976)</i>	10 studiar  4489 kvinner  6-72 timar utreise	Studien viser at ammeraten hadde ingen signifikante forskjellar mellom gruppa som reiste tidleg og kontroll-gruppa som reiste heim etter standard behandling  Kvinner i tidleg heimreise gruppa hadde ingen statistisk signifikant forskjell på om dei kom til å amme eller ikkje ved oppfølginga dei fyrste 8 vekene post partum.  Waldenström sin studie var den einaste som såg på kor involvert fedrane/partnarane var dei fyrste dagane etter heimkomst. Kvinnene fekk mest hjelp dei fyrste dagane. Dette var høgast i tidleg- heimreisegruppa, men ingen forskjell om det var born nummer 1, 2 eller meir dei hadde fått. Det var store forskjellar på tid brukt med barnet i dei 2 gruppene (tidleg/standard). Etter 2 og 6 veker var det ingen openberr forskjell.

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
3) Darj, E Stålnacke, B  (2011)	<i>Very Early Discharge from Hospital after Normal Deliveries</i>  <i>Veldig tidleg utskrivning frå sjukehus etter normal fødsel.</i>	Korleis friske kvinner opplevde tidleg heimreise frå sjukehus?	Sverige	Kvantitativ  Spørjeskjema 4-5 dagar etter fødsel  20 stykk vart intervju i tillegg, etter 4 månader	103 kvinner  Tidleg heimreise : 6-12 timar	Fornøgd med oppfølging etter heimreise. 12 av dei 20 som vart telefon-intervju hadde nokon form for utfordring rundt amminga.  40% av kvinnene hadde spørsmål/bekymringar og var usikre rundt dette med barselperioden. Dei fleste av spørsmåla var ammerelatert. Kvinnene hadde problem med amming og såre brystknoppar.  Fire månader etter fødsel; alle kvinnene som vart intervju ynska å reise tidleg heim frå sjukehuset og få støtte av heimebesøk.  94% hadde positive erfaringar med tidleg heimreise. 93% hadde god erfaring eller veldig god erfaring med heimebesøk av jordmor.  Dei kvinnene og partnarane som ikkje var heilt fornøgdde med tidleg heimreise og omsorga, oppgav at trøttheit og dei ynskja meir hjelp, også hjelp med sysken til den nyfødde.

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
4) Feenstra, M Nilsson, I Danbjørg, D B (2018)	<i>Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants.</i>  <i>Brotne forventningar til den tidlege mors-kjensla: Mødre sine erfaringar ved tidleg utskrivning etter fødsel og re-innlegging av deira born.</i>	Korleis mødre opplever det å reise tidleg heim frå barselavdeling  Utforske mors perspektiv når amming var det mest utfordrande, og å identifisere moglege faktorar for ammeproblem	Danmark	Telefon intervju  Kvalitativ studie  Fenomenologisk og hermeneutisk retta studie.	7 kvinner  Utreise innan 24 timer	Kvinnene som hadde utfordringar med amminga, gav uttrykk for at dette gjekk utover forholdet til partnaren. Dei starta å klandre kvarandre, og det vart ikkje lettare når søvnmangel var ein faktor.  Nokre mødre hadde store smerter etter graviditet og fødsel, som gjorde det vanskeleg å amme. Som gjorde noko som var "enkelt" komplisert. Praktiske ting under rei-innleggelse, som pumping gjorde mødrene avhengig av helsepersonell eller partnar.  Mødrene tok kontakt med helsepersonell og måtte bruke brystskjold, brystpumpe og flaske. Mødrene som hadde vore engstelege heime og hadde søkt hjelp, såg på reinnleggelsen som ein lette. Dei følte seg trygge ved å bli re-innlagde fordi nokon andre tok ansvaret over situasjonen. Felles for fleirtalet var at dei ikkje følte at dei vart tvungen til å reise tidleg heim. Kvinnene sette pris på: ro, stillheit.



FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
5) James, L Sweet, L Donnellan- Fernandez, R  (2016)	<i>Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge</i>  <i>Ammestart og støtte: Ei litteratur studie om kva kvinner verdset og kva innverknad / betydning tidleg utskriving har.</i>	Å undersøke om det finnes litteratur om tidleg heimreise innan 24 timer etter fødsel, og korleis det påverkar amming	Australia	Kvalitativ litteratur oversikt, 21 studier inkludert  <i>Askeldottir et al. (2013)</i> <i>Beake et al. (2005)</i> <i>Bueno et al. (2005)</i> <i>Cambonie et al. (2010)</i> <i>Cross-Barnet et al. (2012)</i> <i>Ellberg et al. (2005)</i> <i>Forster et al. (2008)</i> <i>Goulet et al. (2007)</i> <i>Henderson og Redshaw (2011)</i> <i>Hildingsson (2007)</i> <i>Hjælmhult og Lomborg (2012)</i> <i>Johansson et al. (2010)</i> <i>Lof et al. (2006)</i> <i>McLachlan et al. (2009)</i> <i>Oakley et al. (2014)</i> <i>Ogbuanu et al. (2009)</i> <i>Palme et al. (2010)</i> <i>Redshaw og Henderson (2012)</i> <i>Sjostrøm et al. (2013)</i> <i>Walburg et al. (2010)</i> <i>Waldenstrom et al. (2006)</i>	21 Studiar  24766 kvinner  6-72 timer utskriving	Nybakte mødre trengde oppfølging i form av informasjon og praktiske råd frå jordmor for å oppretthalde amminga.  Fleirtalet av studiane seier at kvinner finn heimen sin meir komfortabel enn sjukehuset. Kvinnene klarte å slappe av meir, dei hadde tryggleik ved at partnar var tilstade og kunne starte sine egne rutinar. Det å være heime normaliserte situasjonen for familien. Gjorde amminga lettare å meistre.  Nokre mødre var meir komfortable på sjukehuset enn i sin eigen heim. Berre dei kvinnene som var lenger enn 48 timar på sjukehuset sa at dei ikkje kunne forstå at kvinner reiste tidlegare heim. I eine studien kom det fram at 92% av kvinnene synes tidleg heimreise var det beste (Beake et al., 2005).

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
6) Kurth, E Krahenbuhl, K Eicher, Manuela Rodmann, S Folmli, L (2016)	<i>Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study</i>  <i>Trygg start heime: Kva treng foreldre til nyfødde etter tidleg utskrivning frå sjukehus – ei fokusgruppe studie</i>	Å sjå på erfaringane til nye foreldre og undersøke deira syn på oppfølginga etter tidleg heimreise.	Sveits	Fokusgruppe diskusjonar	20 kvinner 4 menn  6 fokusgruppe- diskusjonar  Utreise innan 72 timer	Store forskjellar mellom realitet og forventningar til den nye kvardagen.  Eit fleirtal av foreldra synes matinga var ei kompleks oppgåve som førte til usikkerheit og ynskje om meir rettleiing . Mange mødre frykta tidleg heimreise på grunn av usikkerheit ved amminga.  Mange følte trygghet ved at dei kunne vere på sjukehuset for rettleiing. Ynskje tidleg heimebesøk om dei reiser heim tidleg. Mange av kvinnene var svært avhengig av støtte frå familien sin dei fyrste vekene heime.  Dei fleste fedrane uttrykte eit sterkt ynskje om å være til stede for kvinna og barnet. Alle deltakarane meinte ei hjelpelinje per telefon 24/7 ville føre til trygghet og sikkerheit for dei. Erfaringane familien gjorde seg førte til store endringar i familiesystemet.

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
7) Margolis, L H Schwartz, J B  (2000)	<i>The Relationship Between the Timing of Maternal Postpartum Hospital Discharge and Breastfeeding</i>   <i>Forholdet mellom tidspunkt for utskrivning av kvinner etter fødsel og amming.</i>	Ser på samanheng mellom tidleg heimreise og amming.	USA	Kvantitativ tverrsnittsstudie	9953 kvinner  Utreise innan: 72 timar	4 faktorar som auka risikoen for dårleg helse hjå mor ved tidleg heimreise: vidaregåande utdanning eller mindre, eldre enn 35 år, utilstrekkeleg svangerskaps-omsorg og manglande privat forsikring.  Tidleg heimreise frå sjukehus, viser seg ikkje å være skadeleg for amminga. Ikkje store skilnadar på amminga mellom dei som reiste tidleg heim og dei med vanleg opphald. Motivasjon på førehand er viktig for å få til amminga.  Om kvinna har høgstatus yrke, så er det sannsynleg at ho kjem til å amme. Om kvinna deltok i svangerskapsførebuande kurs, så er det også stor sjanse for at ho kjem til å amme.  Dei såg at kvinner hadde større sjanse for vellukka amming når dei reiste tidleg heim. Dette fordi ein då ikkje vert utsett for påverknad frå andre, påverknad frå reklame eller amme-uenleg miljø.

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
8) Nilsson, I M S Strandberg-Larsen, K Knight, C H Vinkel Hansen, A Kronborg, H (2016)	<i>Focused breast-feeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study</i>  <i>Målretta ammereta rådgjeving forbetrar kort- og langsiktig suksess ved tidleg utskriving: Ei RCT studie.</i>	Å evaluere om retningslinjer for amming og rådgiving ved tidleg heimreise frå sjukehus, hadde effekt på mors amming, sjølvbestemming, spedbornreinnlegging og amme varigheit.  Tidleg heimreise i denne studien vart definert innan 50 timar.	Danmark	RCT-studie	3541 kvinner 9 sjukehus som deltok.  Rekruttert i svangerskapet.  Vart spurde etter 5-7 dagar, 1 måned og 6 måned  Tidleg heimreise innan 50 timar	I ein setting der det er tidleg heimreise, vil fokus på hud mot hud kontakt, hyppig amming, god amместilling på mor og born, auka deltaking frå partner, vil sjansane for positiv korttids og langtids effekt komme i forhold til amminga. Meir kunnskap om korleis partner kunne hjelpe og assistere med amminga i den gruppa som fekk målretta rettleiing enn i kontrollgruppa  Ved undervisninga av personellet som skulle utføre denne rådgivinga, så var det ekstra fokus på partner sin delaktigheit i barseltida.  Kvinnene i intervensjonsgruppa opplevde den hyppige frekvensen på amminga som slitsamt og utfordrande, sjølv om dei ikkje var såre eller ømme. I intervensjonsgruppa var det lågare odds for re-innleggelse innan den første veka heime, enn i kontrollgruppa. (Intervensjonsgruppa= utvida rettleiing) (Kontrollgruppa =standard rettleiing).

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
9) Nilsson, I M S Kronborg, H Knight, C H Strandberg-Larsen, K (2017)	<i>Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns?</i>  <i>Tidleg utskrivning etter fødsel – Kva karakteriserer mødre og nyfødde?</i>	Kven er det som reiser tidleg heim frå barsel? Kva kjenneteiknar desse kvinnene?	Danmark	Observasjonsstudie  Kvantitativ	2786 mødre, rekruttert i svangerskapet  Heimreise innan 50 timar	Om dei hadde god ammeerfaring frå tidlegare viste det seg å ha sterk innverknad på amming. Viktigheit at kvinner med komplikasjonar og behov, får vere på barsel til dei føler seg trygge.  Det er viktig at amminga er godt i gang før ein reiser heim frå barsel. Det var flest som amma 1-4 månader etter fødselen. Til høgare maternal alder, til høgare sjanse var det for svært tidleg heimreise (<12 timar). Det same var det med låg BMI og at kvinna hadde sambuande partnar. Samt ukomplisert fødsel, paritet og friskt born.  Om ammeerfaring, høg meistringskjensle og kunnskap om amming var forbunde med høgre odds for tidleg heimreise.  70% av deltakarane forventa at dei skulle tidleg heim innan 48 timar.

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
<b>10)</b> <b>Nilsson, I</b>	<i>Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis</i>	Å undersøke foreldre sine erfaringar ved tidleg heimreise.	Danmark, Australia, Norge, Sverige, USA	Kvalitative studiar. Ei meta-syntese inkludert 10:	237 mødre og fedre	Foreldra kunne føle seg usikre på amminga. Eit fleirtal av mødrene følte amming kunne relaterast til usikkerheit og dei følte at dei strevde med dette heime.
<b>Danbjørg, D B</b>				<i>Danbjørg et al. (2014)</i>		
<b>Strandberg-Larsen, K</b>	Foreldres erfaringar med tidleg utskriving etter fødsel: Ei meta-syntese			<i>Forster et al. (2008)</i> <i>Fredrikson et al. (2003)</i> <i>George (2005)</i> <i>Hjalmsult og Lomborg (2012)</i> <i>Johansson et al. (2010)</i> <i>Lindberg et al. (2009)</i> <i>Lof et al. (2006)</i> <i>McLachlan et al. (2009)</i> <i>Sjørensen og Hall (2004)</i>	Heimreise innan 72 timer	Mødrene erfarte fysisk såre og smertefulle bryst, og psykologisk følte dei på angst for om barnet fikk nok mat. Dei trengte å være kjent med amming før utreise frå sjukehuset Utreise før mødrene følte dei var klar, gjorde at mødrene følte stress, angst, og til og med frykt og dermed auka deira følelse av usikkerheit. Å vere sjølvssikker i amminga vart brukt som ein metafor for å vere "klar" til å reise heim. Nokre mødre lærte å stole på seg sjølve og dei nyfødde gjennom amming, og beskreib følelse av suksess når babyen dia og dei hadde nok mjølk.
<b>Clemensen, J Kronborg, H (2015)</b>						

FORFATTAR / ÅR	TITTEL	HENSIKT	LAND	METODE	UTVAL	RESULTAT
11) Verpe, H Kjellevold, M Moe, V Smith, L Vannebo, U T Stormark, K M Ljosnes Søvik, M Skotheim, S  (2018)	<i>Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies.</i>  <i>Tidleg utskrivning etter fødsel: depresjon hos mødre, ammerutinar og ulike oppfølgingsstrategiar.</i>	Forske på om ulike oppfølgingsstrategiar vart assosiert med maternell depresjon og ammerutinar 6 veker og 6 månader post partum.  Samt finne ut om høg-risiko familiar kan lettare få depresjon, vart dei familiare inkludert i det kommunale oppfølgingsprogrammet.	Norge	Kvantitativ tverrsnitts studie	1007 kvinner  Heimreise 6-72 timar	Der var ingen signifikante forskjellar på amme vanane til dei to gruppene; ei gruppe hadde oppfølging på sjukehuset og ei gruppe hadde heimebesøk.  Heimebesøk av jordmor etter fødsel er betre for kvinner som er i risikogrupper.  Det var ingen forskjell i maternell depresjon symptom eller ammevaner på 6 veker eller 6 månad post partum på dei 2 gruppene.  Der var ingen statistisk signifikante forskjellar mellom dei gruppene når det kom til amme vanar. Fullamming eller delamming av kvinner var 97% og 91% ved 6 veker, og 77% og 81% fullamma eller delamma ved 6 månad av begge gruppene.

## 5.0 Resultat

Trinn 5 av scoping review er å samle, oppsummere og rapportere data. Det har vi gjort ved at vi har inkludert 11 studiar totalt, der 2 av studiane er kvalitative, 5 er kvantitative og 4 av studiane er systematiske oversikter. Disse er publisert i perioden 2000-2018. Totalt har studiane eit utval med 50080 deltakarar. Studiane er henta frå ulike land: Sverige, Danmark, Tyskland, Spania, Frankrike, USA, Canada, Australia, Norge, Nord Amerika, Storbritannia og Belgia. Studiedesign som er nytta i dei ulike er: systematisk oversikt, fokusgruppediskusjon, telefonintervju, observasjonsstudier og RCT-studiar. Det er 4 tema som vert presentert i resultatdelen: *Tryggleik i eigen heim*, *Tryggare på sjukehuset og kontakt med helsepersonell*, *Usikkerheit knytt til amming* og *Viktige faktorar for å klare amming*. Det vil verte ei oppsummering av funna frå studiane.

### 5.1 Tryggleik i eigen heim

I 9 av 11 studiane var det ingen forskjell på ammelengd ved tidleg heimreise (Benhamed, Miguel, Devos, Fairon & Christiaens, 2017; Brown, 2002; Darj & Stålnacke, 2011; Feenstra, Nilsson & Danbjørg, 2018; James et al. 2016; Kurth et al., 2016; Margolis & Schwartz, 2000; Nilsson, Kronborg, Knight, Strandberg-Larsen, 2017; Verpe et al. 2018). Der var ingen signifikante skilnader mellom tidleg heimreise og kontrollgruppa av antal kvinner som ikkje amma etter 6 mnd post partum (Brown et al., 2002). I følgje Benhamed et al. (2017) viste fleire av dei inkluderte studiane at mødre som reiste tidleg heim hadde like stor sannsynlegheit for å amme sine nyfødde som dei med konvensjonell (standard) barselopphald på sjukehuset. Det var ikkje store forskjellar på amminga mellom dei som reiste tidleg heim og dei med vanleg opphald. Ein såg at kvinner som hadde høgstatusyrke hadde større sannsynlegheit for å amme og at motivasjonen på førehand var viktig for å lykkast i amminga (Margolis et al., 2000). I studien til Verpe et al. (2018) var det ingen signifikante skilnader mellom standard behandling og heimhjelp når det kom til ammevanar. Det var 97 % som delamma og 91% som fullamma ved 6 veker. 77 % og 81% av desse amma ved 6 månader. I studien til Nilsson et al. (2017) var det fleire som amma ved 1-4 månader etter fødsel, og 4 månader etter fødsel av mødre som reiste heim under 12 timar og mellom 12 – 50 timar etter fødsel.



I følgje studien til Feenstra et al. (2018) var felles for fleirtalet av mødrene at dei ikkje følte seg “tvungen” til å reise heim, men at dei såg at det å reise tidleg heim kunne bidra til at dei klarte å slappe meir av med det nyfødde barnet og at dei fekk starta med den nye kvardagen. Majoriteten av mødrene oppgav at dei ynska å sove i sin eiga seng og at dei ved å reise tidleg heim kunne få kvile meir. To av mødrene hadde bestemt seg på førehand at dei skulle reise tidleg heim, på grunn av tidlegare negative erfaringar med sjukeopphald med sjuke nyfødde:

*“Neither of us is particularly fond of being at the hospital [–]. I have tried breastfeeding before and she (i.e. the infant) nursed well, so we thought we might as well go home instead of staying at the hospital” (multiparous, M1) (Feenstra et al., 2018).*

I 2 av studiane følte kvinnene seg tryggare i eigen heim (James et al., 2016; Kurth et al., 2016). I James et al. (2016) kom det fram i eit fleirtal av studiane at kvinner fann heimen sin meir komfortabel enn sjukehuset. Kvinnene klarte å slappe meir av, dei hadde trygghet ved at far eller partner var til stades og kunne starte sine eigne rutinar. Det å være heime normaliserte situasjonen for familien og gjorde amminga lettare å meistre (James et al., 2016). Ein annan studie såg at eit fleirtal av kvinnene ønska å reise tidlegare heim om dei visste at dei fekk god hjelp heime (Kurth et al., 2016).

2 av dei 11 studiane viste at der var ingen forskjell om kvinnene reiste tidleg heim og at tidleg heimreise ikkje påverka amminga (Benahmed et al., 2017; Brown et al., 2002). I eine studien til Benahmed et al. (2017) rapporterte mange av kvinnene at det mangla ein følelse av tryggleik for den fyrste veka etter at dei var utskrivne, kvinnene hadde meir negative følelsar mot amming samanlikna med kvinner som hadde eit konvensjonelt barselopphald. Seks av studiane i Benahmed et al. (2017) rapporterte delvis eller eksklusiv amming frå 3 veke til 9 månader. Funn i studien viser at mødre som reiste tidleg heim hadde like stor sannsynlegheit for å amme sine nyfødde barn som dei med konvensjonelt barselopphald på sjukehuset (Benahmed et al., 2017). Kvinner i tidleg - heimreise gruppa hadde ingen statistisk signifikant forskjell på om dei kom til å amme eller ikkje ved oppfølginga dei fyrste 8 vekene post partum (Brown et al., 2002). Ein av studiane viste at kvinnene var nøgde med

heimebesøk. I intervjuet 4 månader post partum kom det fram at alle som vart intervjuja ønska å reise tidleg heim og alle bortsett frå ei kvinne amma ved 4 månaders alderen (Darj & Stålnacke, 2011). På den eine sida såg altså fleire av studiane at kvinnene erfarte det å reise tidleg heim som noko positivt, så lenge alt var lagt til rette for det. På den andre sida, fann ein også studiar som viser at dersom kvinnene føler seg usikre, kan dei erfare tidleg heimreise som skremmande og overveldande. Ein ser at mange av studiane ikkje har forskjellar på ammelengd ved tidleg heimreise.

### *5.2 Tryggare på sjukehuset og kontakt med helsepersonell*

I 5 av 11 studiar følte mødre seg tryggare på sjukehuset enn dei gjorde heime (Feenstra et al., 2018; Hansen & Kronborg, 2016; James et al., 2016; Kurth et al., 2016; Nilsson et al., 2017). Studien til Kurth et al. (2016) viste at mødre synast det var tryggare å vere på sjukehuset for å lære om barnet sitt og korleis dei skulle handtere barnet dei fyrste dagane. Dei nybakte mødre fann trygghet ved at der var helsepersonell som kunne assistere og rettleie dei inn mot den nye foreldrerolla. Nokre mødre følte det var utrygt å reise tidleg heim fordi dei var usikre på amminga (Nilsson et al., 2017). Kvinner med komplikasjonar etter fødsel eller behov for ekstra oppfølging ønskte å vere på barsel til dei følte seg trygge nok til å reise heim (Nilsson et al., 2017). I 2 av dei dei 21 studiane til James et al. (2016), forklarte kvinnene at dei var meir komfortable på sjukehuset enn i sin eigen heim. Berre dei kvinnene som var lengre enn 48 timar på sjukehuset sa at dei ikkje kunne forstå at kvinner reiste tidlegare heim (James et al., 2016). Ein såg i studien til James et al. (2016) at fyrstegongsfødande sette pris på lengre opphald, til mjølkeproduksjonen var godt i gang.

I studien til Feenstra et al. (2018) følte dei kvinnene som vart re-innlagde at dersom dei hadde hatt moglegheit til å verte verande på sjukehuset ei ekstra natt, så kunne ein ha unngått at dei vart re-innlagde på sjukehuset, då dei då hadde fått den hjelpa dei trengte for å få til amminga. Rettleiinga og det å vere på sjukehuset til dei var klare kunne bidra til at mødre fekk ein roleg start når dei kom heim (Feenstra et al., 2018). Nilsson et al. (2016) kom med funn på at færre born vart re-innlagd 1 veke post partum i intervensjonsgruppa som fekk meir informasjon enn kontrollgruppa. Dei fleste kvinnene i studien til Feenstra et al. (2018) følte dei lett kunne ta kontakt med profesjonelt helsepersonell for å få nødvendig hjelp i form av råd og det å bli oppmuntra til å komme for ein sjekk, eller det å bli re-

innlagt på sjukehuset om nødvendig etter at dei hadde reist tidleg heim. Kvinnene følte at dei trengte hjelp frå helsepersonell i form av fysisk kontakt, og alle kvinnene trengde forskjellige hjelpemiddel for å få til amming, det kunne vere ammeskjold, pumper eller flasker (Feenstra et al., 2018). Når kvinnene ikkje fekk til å legge barnet rett til brystet, trengte dei råd om kva som var rett posisjon (Feenstra et al., 2018). I studien til Kurth et al. (2016) synast dei fleste foreldre at matinga av den nyfødde var ei kompleks oppgåve som førte til at mor vart usikker. Ho hadde også eit sterkt ynskje om meir rettleiing og meir informasjon om temaet amming:

*«If breastfeeding is not successful, it seems important to me that a health professional does not take a rigid attitude. She should be open and flexible and see the individual need of the woman. If one way doesn't work, there is another way which is also good for the child. (Constance, 43 years, first child, 2.5 months, caesarean delivery)»*  
(Kurth et al., 2016).

Nokre mødre følte seg tryggare på sjukehuset enn dei gjorde i sin eigen heim, då det merka at det var ei god trygghet ved at helsepersonell hadde styringa på den fyrste tida som gjaldt amming og borna (Feenstra et al., 2018; Hansen & Kronborg, 2016; James et al., 2016; Kurth et al., 2016; Nilsson et al., 2017; Nilsson, Strandberg-Larsen, Knigh, Hansen & Kronborg, 2016).

### 5.3 Usikkerheit knytt til amming :

Ein såg at i 5 av studiane vart det framheva at usikkerheit om amming blant mødre var framstående (Benhamed et al., 2017; Darje og Stålnacke, 2011; Feenstra et al., 2018; James et al., 2017; Nilsson, Danbjørg, Aagaard, Strandberg-Larsen, Clemensen & Kronborg, 2015). Nilsson et al. (2015) er ei meta-syntese, som inkluderer 10 kvalitative studiar. I denne studien viste det seg at foreldre følte seg usikre på amming og strevde med amminga. Mødrene erfarte fysisk såre, smertefulle bryst og psykologisk følte dei angst for om barnet fekk nok mat. Dei trengte å vere kjend med amming før utreise frå sjukehuset: “...*Breastfeeding is just so important...it is almost bigger than giving birth...it is essential that it works in some way` (mother)*” (Nilsson et al., 2015). Det hjalp heller ikkje at mødre vart stressa når dei reiste

heim før dei følte seg klare for det. Kvinnene følte dei fekk angst og frykt for om barnet fekk i seg nok mat. Å vere sjølvssikker i amminga vart brukt som ein metafor for å vere “klar” til å reise heim (Nilsson et al., 2015). Ein ikkje-randomisert kontrollert studie viste at mødrene i kontrollgruppa 24-48 timar post partum, hadde fleire positive ammerelaterte erfaringar samanlikna med mødre som reiste heim 12-24 timar post partum (Benhamed et al., 2017). I studien til Darje & Stålnacke (2011) amma alle unntatt ei kvinne ved 4 månaders post partum ved intervjustart. 12 av dei 20 kvinnene som vart telefon-intervjua hadde ei eller anna form for utfordring rundt amming og såre brystknoppar (Darj & Stålnacke, 2011). Av dei mødrene som var usikre på amminga kom det av den konstante frykta for at barnet ikkje fekk nok mat og at barnet kanskje måtte ha sonde-mating: *“I was really sad. I cried a lot when at home. I was scared, I had a lot of pain and I felt insecure about our situation”* (primiparous, M7) (Feenstra et al., 2018). Nokre mødre følte at barnet ikkje fekk til å die og erfarte at det vart eit «never-ending» regime som kjendest ut som at det var ei plikt å måtte mate barnet:

*“Then it was weighing, breastfeeding, weighing, giving extra milk in cup that I had expressed, and extra, if I hadn’t expressed enough, and this was every third hour, that is, from when you start. That means that there wasn’t much time to go down to get something to eat for yourself, and then return and start all over...”* (multiparous, M4) (Feenstra et al., 2018).

Funn frå oversiktsstudien til James et al. (2017) viste at mødre sette pris på og trengde konkret informasjon og praktiske råd om amming for å klare å amme borna sine. Kvinner rapporterte at jordmødrene gav motstridande råd, noko som gjorde kvinnene usikre på amminga (James et al., 2017). Ut i frå funn av desse studiane ser ein at kvinnene erfarte det å vere usikre på amminga som ei belastning. Viktige faktorar som var stressande for mor var om barnet fekk i seg nok mat. Kvinnene satt att med ein følelse av at det blir som ein «ond sirkel» dersom kvinnene ikkje meistra amminga. Mødre følte ein viss form for usikkerheit om amming dersom dei ikkje meistra amminga frå fyrste start (Benhamed et al., 2017; Darje og Stålnacke, 2011; Feenstra et al., 2018; James et al., 2017; Nilsson et al., 2015).

#### 5.4 Viktige faktorar for å klare amming

3 av studiane tok føre seg ulike faktorar som var viktige for at kvinnene skulle klare å amme barnet sitt før tidleg heimreise (James et al., 2016; Nilsson et al., 2016, Nilsson et al., 2017). Kvinner forklarte at dei fekk konkrete råd om amming, tillit og støtte, trygghet, dei fekk praktisk ammerettleiing, positive haldningar, eit trygt miljø og nokre kvinner ynskja eit individuelt barsleopphald (James et al., 2016). I studien til Nilsson (2016) viste det seg at hud-mot-hud kontakt med mor/barn, rett sittestilling ved amming og rett dietak kunne bidra til positive ammeopplevingar. Ein kunne sjå at kvinnene hadde blanda reaksjonar på hyppig amming, der dei synes det var slitsamt og krevjande (Nilsson et al., 2016). Om kvinner hadde tidlegare gode ammerfaringar og godt etablert amming før tidleg heimreise, hadde dei større sannsynlegheit for å lukkast med amminga ved tidleg heimreise (Nilsson et al., 2017).

## 6.0 Metodediskusjon

I metodediskusjon diskuterer vi fordeler og ulemper med studien og korleis vi har arbeida. I denne delen av studien vil vi vurdere dei ulike trinna i scoping review. Det er 6 trinn i ein scoping review: 1. Identifisere forskningsspørsmålet, 2. Identifisere relevante studiar, 3. Val av studiar, 4. Kartlegge data, 5. Samle, oppsummere og rapportere data, 6. Konsultasjon (Valfritt steg) (Arksey og O'Malley, 2007; Peterson et al., 2017). Vi valte å ta føre oss alle 6 trinna då det var av hensikt å konkludere med resultatene våre. Formålet med studien var å undersøke kva erfaring kvinner har med amming når dei reiser tidleg heim frå barsel. Det har vore spennande og utfordrande å gjennomføre studien. Alle tre forskarane har møtast via sosiale media, som til dømes: face-time, skype, felles chat, og vi har møtast fysisk for å samskrivast og diskutere.

Trinn 1 i scoping review: identifisere forskingsspørsmålet; Kva erfaringar har mødre med amming etter tidleg heimreise? Ein Scoping review (Arksey og O'Malley, 2007; Peterson et al., 2017). Vi måtte fyrst utarbeide eit forskingsspørsmål før vi kunne sette opp inklusjons- og eksklusjonskriterier for studien. Vi såg at fordelene med scoping review er at ein kan søke mykje meir opent etter datamateriale. Gjennom å utføre ein scoping review fekk vi tilgang på eksisterande og forskning på feltet som var med på å svare på problemstillinga vår (Arksey og O'Malley, 2007; Peterson et al., 2017). Andre metodeval kunne gjeve eit anna

resultat. Val av studiedesign vart gjort med foremål å kunne undersøke mangfald av litteratur som er om amming og tidleg heimreise. Vi ser viktigheita av å samle kunnskap på fagfeltet som omhandlar tidleg heimreise. Både i Norge og på eit internasjonalt nivå har ein barselsomsorg i endring, kvinner og born reiser tidlegare heim frå fødeavdelingane. Allereie 6 timar etter fødsel om alt vert regna som «normalt». Noko som fører til at kommunane lyt stå klare til å ta imot den store straumen med nybakte familiar. Vi såg at det var tydeleg at ein trengte å undersøke om ein der var forskning på temaet «tidleg heimreise» for å kunne auke kunnskapen kring kvinner sine erfaringar med tidleg heimreise når det kjem til amminga (Binnie & Reinart, 2017, s.594-595; Campbell et al., 2016; Nylander, 2015, s.10-11; World Health Organization, 2010 s.12). Når vi skulle komme fram til problemstilling satt alle 3 i lag for å bli einige.

Trinn 2 i scoping review: Identifisere relevante studiar (Arksey og O'Malley, 2007; Peterson et al., 2017). I dette trinnet setter vi opp inklusjon- og eksklusjonskriteriar. Vi såg ut i frå praksis gjennom jordmorstudiet, at tidleg heimreise vert praktisert ulikt frå kommune til kommune. Gjennom å lese forskingsartiklar så kan ein tydeleg sjå at det er ulik praksis frå land til land. Ved å sjå på barselsretningslinjene (2014) såg vi at tidleg heimreise ikkje er klart definert i teorien, og heller ikkje i praksis. I norsk praksis vert ofte tidleg heimreise definert innan 48 timar, som ikkje samsvarar med anna teori som er definert frå 6-72 timar internasjonalt (Brown, 2002; Helsedirektoratet, 2014, s.32-33). Vi valde å ta utgangspunkt i definisjonen til Brown (2002) og Helsedirektoratet (2014) samt inkludere forskingsartiklar som definerte tidleg heimreise frå 6-72 timar. Vi hadde økonomiske rammer, derfor vart det teke ei avgjersle på å ikkje bruke tolk for å omsetje artiklar som var på andre språk enn skandinavisk og engelsk. Sjølv om engelsk er eit internasjonalt språk, måtte vi vere merksame på misforståingar og feiltolkingar av artiklar. Vi har relativt opne inklusjons- og eksklusjonskriteriar, dette for å få med flest moglege artiklar som omhandla tidleg heimreise og amming. Vi valde tidleg at vi skulle ha med alle nybakte mødre og nyfødde born som reiste heim 6- 72 timar etter post partum. Dette fordi vi har ut i frå teori og eigen praksis i studiet, sett at kvinner kan reise tidleg heim, så lenge dei føler seg klare til det. Dersom vi hadde vinkla det annleis ved å skilje fyrstegongsfødande og fleirgangsfødande så kunne vi kanskje fått eit anna utfall. Fyrstegongsfødande kan ha andre forutsetningar for korleis dei forstår amming, enn ei kvinne som har prøvd det før. Vi hadde heller ingen skilnad på

operative forløyisingar eller vaginal fødsel, då mødrene kan velje å reise tidleg heim uavhengig av fødselsforløp. Vi ser at ein kunne fått eit mindre antal artiklar om vi skulle hatt strengare inklusjons- og eksklusjonskriteriar med tanke på å skilje mellom fyrste- og fleirgangsfødande, vaginal fødsel og operative forløyisingar. Då vi i etterkant av søka ser at mange av artiklane ikkje skilje desse kategoriane. Barn og nybakte mødre som ikkje reiste heim i løpet av 6-72 timar vart derfor ekskludert. Når inklusjonskriteriane var klare, starta vi med søket.

Før vi starta med søkeprosessen hadde vi kontakt med bibliotekar som gav oss tips på kva søkeord som var aktuelle å bruke. I tillegg kontakta vi bibliotekar igjen før kontrollsøk for å sjå om det var andre databasar vi burde søke i. Vi fekk då ein meir detaljert søkestrategi, som ein kan sjå i [Vedlegg 1](#). Vi såg det som veldig nyttig å få hjelp av bibliotekar. Vi ser i etterkant at vi kunne kanskje fått fleire treff direkte om erfaring med tidleg heimreise og amming, om vi hadde brukt søkeordet «erfaring» / «support» når vi søkte. På den andre sida fekk vi anbefaling frå bibliotekar at vi ikkje skulle avgrense søket med søkeordet «erfaring» /«support». Dette fordi bibliotekar meinte at vi då ville miste relevante artiklar, som indirekte sa noko om erfaringane til kvinnene. Ved det fyrste søket avgrensa vi søket til dei siste 10 åra, dette fordi vi ville ha den mest relevante og aktuelle forskinga. Etter fyrste søk såg vi at vi hadde avgrensa for mykje i årstal, og ville då prøve å sjå om det fantes eldre forskning. Noko som resulterte i at vi i kontrollsøket, måtte utvide årstal til inga avgrensing på årstal. Vi ser det som ein fordel å ha gjennomført kontrollsøk, sidan vi fekk fleire treff som var med på å belyse problemstillinga. Då vi tok vekk avgrensingane på år, såg vi at der var eldre forskning som vi kunne inkludere. Alle 3 forskarane satt i lag og jobba parallelt for at vi skulle vere samde om inklusjonskriterier.

Trinn 3. i scoping review: Val av studiar (Arksey og O`Malley, 2007; Peterson et al., 2017). I dette trinnet gjekk alle systematisk til verks for å luke ut forskning som var av relevans for studien. Vi starta med 2690 studiar og enda med 11 studiar som vart inkluderte. Denne prosessen tok lang tid. Her såg vi tydeleg at det ei styrke å vere 3 stykk. Vi såg at det var viktig at vi jobba tett på kvarandre, slik at det ikkje vart mistydingar. Ei utfordring med å vere 3 i denne delen av prosessen, var at tolking av resultatata tok lang tid når det er 3 ulike som skal gå gjennom stoffet. Det positive er sidan vi var 3 så kunne ein diskutere resultatata i abstrakta

og resultatdelen med kvarandre og få ei god felles forståing om kva artikkelen faktisk sa. Ved å ta med 2 kvalitative artiklar, 5 kvantitative artiklar og 4 systematiske oversiktsartiklar, tenker vi at vi har utforska eit stort område på forskingsfeltet. Vi ser at det trengs meir forskning på feltet som omhandlar tidleg heimreise for barselkvinner og dei nyfødde borna. Ei utfordring knytt til bruk av allereie tolka forskning er at materiale ofte er ferdig tolka, og at det ikkje er rå-materiale. Sjølv om ein i scoping review ikkje treng å kvalitetssikre i like streng grad som ved andre metodar, så har det for kvaliteten på studien si skyld, vore viktig at det har vore valid data som er anvendt. Artiklane vi tok med måtte vere relevante, gyldige, aktuelle og truverdige til å bruke i ein litteraturgjennomgang. Derfor valde vi å bruke «Sjekklistar for vurdering av forskningsartiklar av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten» som eit arbeidsreiskap for å kvalitetssikre artiklane (Folkehelseinstituttet (FHI), 2019). Vi ser det som viktig at vi som forskarar skal ha objektiv syn og heller ha distanse til materialet, for unngå bias, altså unngå å påverke resultatet med egne haldningar og meiningar. Ein bias kan forståast ved at det er ein innflytelse som kan gje forvirring eller feil på studien og igjen gje mindre eller lågare validitet og truverdighet inn mot studiet (Polit & Beck, 2017, s.160-181). I dette trinnet har alle 3 forskarane våre like delaktige og samarbeidet bestod for det meste ved å samskrivast ved bruk av tavle.

Trinn 4 i scoping review: Å kartlegge data (Arksey og O'Malley, 2007; Peterson et al., 2017). I dette trinnet arbeida vi systematisk med å plukke kvar enkelt artikkel frå kvarandre for å finne ut om dei fortalte noko om erfaringar knytt til tidleg heimreise. Vi utarbeida litteraturmatrise, dette for å få system og lettare kunne sjå resultatata (Lerdal, 2016). I denne delen arbeida vi både individuelt, men samarbeidde når det var spørsmål om resultatdelane frå artiklane. Gjennom å vere tilgjengeleg når vi jobba så var det lett å ta kontakt dersom noko var uklart. I denne prosessen hadde vi eit google dokument som er synkronisert slik at alle tre kunne skrive samtidig, og følgje arbeidet som fortløpande vart gjort. Denne samarbeidsmåten er ein svært effektiv måte å jobbe på, sidan ein kan vere på dokumentet uavhengig kor ein er, så lenge ein har internett-tilgang. Ein kan sitte på google dokumentet via telefon å fylgje arbeidet eller ein kan sitte ved datamaskin å jobbe. Dette blir ein meir ny «teknologisk» måte å arbeide på som fungerer veldig bra når ein er 3 individ. Ved at vi vidare hadde kvar sin fargekode var det lett å finne ut kven som hadde utført kva. Dette gjaldt gjennom heile arbeidet med studien. Vi fekk så utarbeida 4 hovudtema til vårt resultat som omhandla mødre



sine erfaringar knytt til tidleg heimreise; *Tryggleik i eigen heim, Tryggare på sjukehuset og kontakt med helsepersonell, Usikkerheit knytt til amming og Viktige faktorar for å klare amming*. Vi har presentert dette i resultatdelen og diskutert det i resultatdiskusjonen. Hovudansvaret for trinn 4 fekk kandidatnummer 418. Ansvaret låg der på å vurdere artikkane i litteraturmatriksa opp mot dei artikkane faktisk fortalde noko om. Alle 3 hadde ansvar for å hente ut og presentere resultatane og vi samarbeida via sosiale media, møtast og samskreiv i lag.

Trinn 5 av scoping review : samle, oppsummere og rapportere data (Arksey og O'Malley, 2007; Peterson et al., 2017). Her samarbeidde vi både ved å sitte i lag og på sosiale media. Det var viktig at vi ikkje omsette frå engelsk til norsk på ein fortolkande måte, men at vi meir eller mindre prøvde å oversett direkte resultatfunn. Vi brukte aktivt litteraturmatriksa for å hente ut resultatane. Her var det kandidatnummer 417 som hadde hovudansvaret for at resultatane vart presentert rett og at dei samsvarte med artikkane. Alle saman hadde ansvar for å presentere og skrive i fellesdokumentet, men kandidatnummer 417 gjekk gjennom og dobbeltsjekka, før det vart lagd inn i det endelege dokumentet.

Trinn 6 av scoping review: Konsultasjon (Arksey og O'Malley, 2007; Peterson et al., 2017). Hovudansvaret var kandidatnummer: 408, som fekk i ansvar å skrive den ferdige konklusjonen. Alle 3 kom med innspel og kommentarar om noko var uklart. Gjennom studien har det vore viktig for alle tre at vi har hatt eit felles ansvar for heile studien.

## 7.0 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen er eit ledd i trinn 5 i scoping review. I denne delen av studiet vil vi diskutere funn frå studiane inn mot teorien. Foremålet med studien er å undersøke kvinnene sine erfaringar med amming etter heimreise frå 6-72 timar. Problemstillinga vår er: *Kva erfaringar har mødre med amming etter tidleg heimreise? Ein Scoping review*. Det var 4 tema som utmerka seg av funn frå dei 11 artikkane. Der ein såg desse 4 tema: *Tryggleik i eigen heim, Tryggare på sjukehuset og kontakt med helsepersonell, Usikkerheit knytt til amming og Viktige faktorar for å klare amming*.

## 7.1 Tryggleik i eigen heim

Funn frå studien indikerer at tidleg heimreise ikkje treng å være negativt, dersom det vert lagt til rette for individuell barselomsorg (Kurth et al., 2016). Når jordmor gir individuell støtte til kvinna kan det vere med på å bidra til at kvinna reduserer stressnivået ved tidleg heimreise (Löf et al., 2006). For å drive helsefremjande arbeid må jordmor legge til rette for arbeidet slik at jordmor kan auke kvinna sin meistringsfølelse for å beherske og klare å utøve amming på eit sjølvstendig nivå (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). I tilknytning til barnefødsel og amming av barnet, er det mange kvinner som får følelse av usikkerheit. Mange treng å få auka sin meistringsfølelse, motivasjon og få god nok støtte frå omgjevnadane for å få til amminga. Det at kvinnene får stadfesting og støtte på at dei gjer ting rett frå fagpersonell, betyr svært mykje for meistringskjensla deira. Amminga støtta under kvinna si kjensle av å ha vorte mor. Amminga vert såleis eit reiskap for å nå moderskapets mål. I 9 av studiane viste det seg at der ikkje var noko forskjell på ammelengd ved tidleg heimreise (Benahmed et al., 2017; Brown et al., 2002; Darj & Stålnacke, 2011; Feenstra et al. 2018; James et al., 2016; Kurth et al., 2016; Margolis et al., 2000; Nilsson et al., 2017; Verpe et al. 2018). God støtte, uansett kvar den kjem frå, er då ein av forutsetningane for å lukkast med amminga (Palmèr, 2014, s.206-209). Det er viktig å ha dette med i vurderingane når det kjem til det å være fagpersonell inn mot desse kvinnene.

Tidleg heimreise er eit dagsaktuelt tema i notidas samfunn, ved at fleire store norske sjukehus ynsker at kvinner og barn skal reise heim etter 6 timer post partum. Der er stor ueinigheit mellom fagpersonell om dette tilbodet vil være positivt eller negativt for kvinner og barn (Andreassen, 2018; Fladberg, 2018; Høivik, 2018). Ein ser at faktorar som geografiske forskjellar, økonomiske rammer i kommunane og manglande jordmordekning vil kunne skape utfordringar for kvinner som reiser tidleg heim. Dei ulike faktorane gjer at kvinnene vil oppleve eit differensiert barselstilbod etter kva kommune dei soknar til (Andreassen, 2018). Ser ein på faktorar som var med på å bidra til at kvinnene følte seg tryggare i eigen heim, var det framtrekande at ro, fred, hjelp frå partner og at dei kunne bli kjend med den nye kvardagen var viktige faktorar for å trivast heime (James et al., 2016; Kurth et al., 2016). Ved ein tilrettelagt barselomsorg, der kvinner får heimebesøk kan ein trygge kvinnene nok til at dei kan meistre amming (Darj & Stålnacke, 2011).

I fylgje Helsedirektoratet (2014) og WHO (2010) bør kvinner som ynskjer å reise tidleg heim, verte tilbydd eit heimebesøk av jordmor innan 48 timar etter heimreise frå sjukehuset. Medan dei kvinnene som har god erfaring frå tidlegare fødsel, amming og barsel bør få tilbod om heimebesøk innan dei 3 fyrste døgna etter heimreise (Helsedirektoratet, 2014, s.12). Ein ser i studien til Verpe et al. (2018) at kvinner som fekk heimebesøk etter utskriving frå fødeavdelingane innan 12-24 timar ikkje hadde dårlegare ammeerfaringar enn dei kvinnene som tok i mot amnehjelp på sjukehuset. Dette kan tyder på kan at heimebesøk av jordmor kan vere med på å trygge kvinna si evne til å meistre amminga. Når det kjem til ammerate i Sverige så er det 97% av mødrene som ammar den første veka etter fødselen. Det er derfor viktig at kvinna får til dømes tidleg heimebesøk slik at ho får hjelp og støtte i denne fasen, då det er eit kritisk tidspunkt for den vidare utviklinga i amminga. Det er i den fyrste veka kvinna føler ansvaret tyngst, før amminga er veletablert (Palmèr, 2014, s.207).

Mange kvinner held ut med smerter, stress og ubehag fordi det gir meining å stå i det for å meistre amminga. Ein definera seg som god mor om ein meistar amminga og det å kunne gje spebarnet sitt rett og viktig næring. Mødrene gir seg hen, og set seg sjølve og sine behov bak. Det å ha eit barn som går opp i vekt, er eit symbol på at ein dug som mor, er det mange som føler. Om det vert problem, så vert kjensler om at ein ikkje dug som mor framtrèdande (Berg og Lundgren, 2014). Mødre følte i fleire av studiane at dei var usikre på om dei gjorde amminga rett (Benhamed et al., 2017; Darje og Stålnacke, 2011; Feenstra et al., 2018; James et al., 2017; Nilsson et al., 2015). Når det kjem til meistring, om kvinna har ein sterk OAS så vil det styrke kvinna når ho møter på utfordringar knytt til amming (Antonovsky, 2014, s.161-162). Etter retningslinjene bør jordmor gi individuell barselomsorg for å fremme meistringsfølelse til kvinnene, som omhandlar blant anna individuell retta amme- rettleiing før utreise (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Retningslinjene gir ei sterk anbefaling om at jordmor bør trygge og rettleie kvinna til ho meistar amminga den fyrste tida, men og vidare i ammeperioden (Helsedirektoratet, 2014).

## 7.2 Tryggare på sjukehuset og kontakt med helsepersonell

Ei av utfordringane ein møter som helsepersonell i arbeid med ammande mødre i dag, er at mange kvinner har lite kunnskap om amming og dei utfordringar som der kan oppstå (Palmèr, 2014, s.205-210). Ein kan nytte ei salutogen tilnærming, som har fokus på kva som kan skape

helse, og vekst for god helse, for å kunne betre forstå korleis ein skal få kvinnene til å meistre amming (Antonovsky, 2012, s.27). Mange kvinner ser på amminga som naturleg og problemfri. Gjennom svangerskapet har kvinna mest fokus på graviditet og fødsel. Tema amming, når det vert tatt opp, er det mange som svarar at dette vil dei vente med å tenke på, til rett før fødsel eller etterpå. Kvinnene vil ta utfordringane etter kvart som dei kjem. Slik vert det kort eller manglande tid på å førebu seg mentalt på det som kjem. Amming er tema i svangerskapet på kontroll hjå jordmor i veke 32 (Aune og Kolset, 2017, s.276-277). I 5 av studiane følte mødrene seg tryggare på sjukehuset enn dei gjorde heime (Feenstra et al., 2018; James et al., 2016; Kurth et al., 2016; Nilsson et al., 2017; Nilsson et al., 2016). Kvinnene følte at dei var tryggare fordi dei ikkje hadde ansvaret sjølv over situasjonen, det at helsepersonell rettleia og var ei hjelpande hand (Feenstra et al., 2018; James et al., 2016; Kurth et al., 2016). Ein ser her kor viktig det er at jordmor har opparbeida seg kunnskapar som er med på å trygge den nybakte mor og hennar partner.

Gjennom jobberfaring og livserfaring vil jordmor kunne bli ein tryggare ressurs for kvinna når det kjem til å trygge henne på sjukehuset, men også når det kjem til å trygge henne ved heimreise (Reinar & Blix, 2017, s.68-69). Jordmorfaget er eit handverksyrke. Gjennom opparbeiding av dyktigheit ved erfaring, øving og trening i ulike situasjonar og hendingar vil jordmor kunne bidra til å skape god helse for kvinnene og borna. Å utøve skjønn i ulike situasjonar er noko jordmødrene vil oppleve og erfare gjennom sitt virke. Det vil være både uføreseieleg og ukjende hendingar ein må stå i, og avgjersler som ein tenkjer skal vere rette og hensiktsmessige til ei kvar tid. At det kan være ulikskap på til dømes ei nyutdanna jordmor, og ei med lang erfaring, vert såleis ei kjensgjerning (Reinar & Blix, 2017, s.68-69). Ei jordmor med lang arbeidstid vil kunne sjå ting ei nyutdanna jordmor ikkje ser, slik vil det og vere omvendt. Dei ulike erfaringane ein har, blir viktige å knytte saman for at den nybakte mor skal klare å meistre amminga ved tidleg heimreise. Dersom jordmor rettleiar kvinna ut ifrå berre jobberfaring, vil ho ikkje halde seg oppdatert innan den nye kunnskapen som er tilgjengeleg på feltet. Ein har ei barseltid i endring, noko som gjer at både erfaringar frå tidlegare og nyare forskning går hand i hand.

Den endra barseltida som er i dag, stiller store krav til jordmor som er den fagpersonen, der den gravide i dei fleste tilfelle forhold seg til som fyrste instans i helsevesenet. Den tidlege heimreisa stille store krav til jordmora sin kompetanse, og den stiller krav til kvinnene sine

evner til å handtere ulike utfordringar i større grad aleine utan helsepersonell til stades (Nylander, 2015, s.11). Kvinnene kjem heim frå barsel med eit heilt anna grunnlag for meistring av amming og barseltid, enn dei gjorde for nokre år sidan.

Det å ha kartlagt kvinna og hennar sosiale situasjon, vert av denne grunn då svært viktig. Jordmor bør ha grunnleggande kunnskapar og ferdigheitar innan ulike kommunikasjonsmåtar. Gode kommunikasjonsevner er naudsynt for å forklare kva som er normalt fysisk, emosjonelt og psykologisk gjennom svangerskap, fødsel og barselsperioden. Å auke den teoretiske forståinga av motivasjon i relasjon til amming, er eit viktig startpunkt. Ved at jordmor vurderer kor vidt kunnskap om støtte og rettleiing om amming er, så vil det vere hensiktsmessig ovanfor kvinnene for å skape positive erfaring inn mot amming. For at eit menneske skal klare å ta opp vanskelege personlege saker, er avhengig av tillit. For å kunne utføre hjelp i slike situasjonar, er ein avhengig av å ha kommunikasjonsevner. Derfor må kunnskap om kommunikasjon og mekanismar mellom menneske i møte, vere til stades. Gjennom å anvende ei empatisk retning innanfor kommunikasjon kan jordmor skape relasjon til kvinna, og kvinna vil då kunne tore å opne seg om vanskelege tema (Foyn & Tobiassen, 2017, s.164-188). Ifølge Bryar og Sinclair (2011) vil kvinner få det vanskelegare med å kunne ta vare på eiga helse dersom jordmor har manglande kommunikasjonsferdigheiter. Å styrke kvinner til å oppretthalde og oppnå vellukka amming, krev at jordmødrer og anna helsepersonell ikkje berre tek i betraktning den følelsemessige delen av amming, men det å kunne gi kvinna kunnskap om blant anna å kunne tømme brysta skikkeleg for å unngå mastitt. Ammeerfaring dannast ikkje utan sjølv lærte erfaringar. Måten jordmor kommuniserer på vil ha kritisk betydning for korleis kvinnene vil oppfatte og bruke motivasjon for å bygge si erfaring på (Stockdale, 2011). For å vidare sikre at kvinna ynskjer å opne seg for jordmor om ammeutfordringar ho kan tileigne seg ved tidleg heimreise, vil ein anna form for kommunikasjon vere open kommunikasjon.

Open kommunikasjon og den sin betydning til å bidra til å oppklara nokre av dei mistydingar som kan oppstå i mennesket si oppfatning av kva som skjer, er viktig. Kommunikasjonsforma gir kvinna ei moglegheit til å komme fram med sine tankar og erfaringar i den prosessen som for eksempel eit val eller å ta eit standpunkt er. At jordmor kan å kommuniserer med opne spørsmål som kven kva korleis og kor, vil vere med på å bidra til ein betre flyt i kommunikasjonen med kvinna. Ved denne opne kommunikasjonen inviterer jordmor til

samtale der svara kan gje utvida informasjon, som kan kome til nytte i den vidare rådgivinga eller samtalen. Brukarmedverknad vert såleis sikra også i denne delen av helsevesenet.

Begrepet empowerment vert naturleg å trekke fram her. Myndiggjering og bevisstgjerung av kvinna framføre dei val kvinna har til ei kvar tid må gjere seg og stå i. Når det kjem til open kommunikasjon må ein prøve å unngå ja/nei spørsmål for å lede samtalen, då det lett gir korte og lite innbydande svar (Foyen & Tobiassen, 2017, s.167-168)

Å bygge eit tillitsfullt forhold til kvinna og partnaren, vil være svært viktig. Kvinna og hennar partnar vil då verte trygg nok til å komme med spørsmål, og be om hjelp om behovet skulle melde seg. Dersom kvinna er nervøs eller engsteleg for eiga helse og velvære til seg og bornet, vil ho kunne gru seg for den fyrste tida i eigen heim (Myles, 2014, s.502). Jordmor vil ofte vere familien sin «port» inn mot og ut frå omsorgsapparatet i den produktive fasen av livet deira, med ei rolle som tradisjonelt sett inngir trygghet og sikkerheit for kvinna og familien. Jordmor må gi kvinna den rette kunnskapen om eiga helse og barnets helse for at kvinna skal kunne sjå signal om endring i eiga helse og bornets helse. Dette forutset igjen at kvinna har fått kunnskap nok, til å ta dei rette vala undervegs (Myles, 2014, s.501). Den tidlege heimreisa flest familiar erfarer i dag, stiller andre krav til jordmødrer/helsepersonell si kompetanse og evne enn tidlegare. Tidlegare var det lange opphaldet på barsel med på å sikre at mor og barn var godt i gang komen med amminga før heimreisa. Partner hadde fått litt lenger tid til å verte kjend med den nye familiesituasjonen. Partner føler seg ofte ekskluderte når det kjem til amminga. Kvinnene taklar betre utfordringane ved amminga om partnaren eller andre familiemedlemmar støtta dei og er til stades i dette (Feenstra et al., 2018; James et al., 2016; Kurth et al., 2016). Som vist i studien til Feenstra et al. (2018), såg ein at kvinnene følte seg tryggare i eigen heim fordi dei hadde partner eller anna familiemedlemmer til stades. Det er derfor viktig at partner vert inkludert i diskusjon som vedkjem familien og utfordringane rundt den tidlege heimreisa og amminga. Det er ein felles livssituasjon for familien. Det er gjort forskning på dette med partners delaktigheit og kva konsekvens det får for både kvinna og barnets helseutkomme. For at partnar skal kunne støtte, så må partnar også støttast (Myles, 2014, s.503). For at partner og kvinna skal oppleve støtte, må jordmor vise grunnleggande eigenskapar som omhandlar rettleiing.

Dette for at det kvinna og paret som treng hjelp og rettleiing, skal føle seg sett og forstått, og få den rette hjelpa (Johansen og Gamnes, 2017, s.254-255). Ordet rettleiing tyder at den

person som vert rettleia, vert sett i stand til å trekkje linjer eller konklusjon, eller ta eit val basert på erverva kunnskap, erfaring og logiske konstruktive tankar kring kva som er det sannsynleg rette å gjere i ein gjeven situasjon. Det er viktig at jordmor nyttar kunnskap frå fleire fagområde i samtale og rettleiing. I tillegg til kunnskap om kommunikasjon, så er god fagleg kunnskap nødvendig for at informasjonen kvinna skal ta i mot, skal gje kvinna og eventuell partner eit godt nok kunnskapsgrunnlag til dei tankar og val ho og dei skal ta val når det kjem til amminga. Målet for samtale og rettleiing er at kvinna og partner skal innhente nok kunnskap om amming til å kunne ta et rett val basert på helse, livsstil og livssituasjon (Foyen, & Tobiassen, 2017, s.164-174).

I studien til Feenstra et al. (2018) såg ein at rettleiinga ein har på sjukehuset før utskriving kunne bidra til at mødrene fekk ein roleg start då dei kom heim. Som helsepersonell ynskjer ein å skape helsebringande effekt for mor og barn, salutogenese fokuserer på individet sine ressursar og tilnærming til meistring (Antonovsky, 2012, s.41-43). I studien til Löf et al. (2006) erfarte kvinnene at partner eller familiemedlemmer kunne brukast som ein ressurs og bidra til å betre kvardagen til dei nybakte mødrene ved tidleg heimreise. Palmèr trekke fram kor viktig og naudsynt det er at kvinner får støtte både frå profesjonelle og frå nære relasjonar for å halde fram med amminga trass store utfordringar (Palmèr, 2014, s.206-209). Palmèr (2014) trekke og fram viktigheita med at jordmor er særstøttande og hjelpsam i den fyrste ammekontakten rett etter fødselen. Kvinnene er særstøttede og mottakelege i denne fasen, der morskjensla skal vekkast, og kvinna får stadfesting på kva kroppen hennar er i stand til. Korleis jordmor utfører sine rutinar og arbeid, får direkte konsekvens for korleis utviklinga av amminga vil gå vidare (Palmèr, 2014, s.212).

Kvinner kan erfare det å ikkje få familierom på barsel som stressande (James et al., 2016). Stresset som kvinnene utsettast for kan forklarast og settast inn i ein samanheng som må forståast slik at stresset kan tolkast som meningsfylt. Ved at kvinner ikkje får familierom, kan gjere at dei opplever kvardagen på sjukehuset som stressande og derfor vel å fare heim før amminga er veletablert (James et al., 2016). Antonovsky (2012) skriv, om ein høg grad av stressfaktorar og samtidig har høg grad av sosial støtte, så er det ein helsebringande effekt. Dette kan tolkast at dersom kvinnene hadde hatt partner på familierommet så kunne kvinnene opplevd mindre stress og dermed ønska å vere lengre på

sjukehuset. Jordmor bør ha forståelse og kunnskap om stress - faktorar som kan utløyse stress for kvinnene, slik at ho kan rettleie kvinna til å handtere stress (Svartdal & Malt, 2018). Når jordmor har kunnskap om ulike stressfaktorar som manglande søvn, kvile og at mor ikkje får til å amme barnet sitt kan ein redusere stressfaktorar med rettleiing (Löf et al. 2006; Persson & Dykes, 2002). Om kvinna i ein slik situasjon, føler at ho vert møtt med forståing og aksept for sitt strev, så tyder det mykje for evna til å stå i situasjonen. For å så redusere stressmengda, belastninga, og klare å sjå det positive i ein stressande kvardag (Palmèr, 2014, s.214-215). I studien til Benahmed et al. (2017) og Brown et al. (2002) viste funna at mødrene som reiste tidleg heim hadde like stor sansynligheit for å amme sine nyfødde barn som dei som hadde standard barselopphald på sjukehuset. Dette viser at kvinner som reiser tidleg heim og som kan bli utsett for stressande faktorar, som stresset ved å vere heime «aleine» utan helsepersonell ikkje treng å vere ei negativ erfaring.

Ifølgje Tufte oppsøkte ikkje kvinnene helsestasjonen når amminga vart eit problem, som kan vere ein faktor for at dei slutta med amming (Tufte, 2005, s.26). Når kvinner treng å oppsøke helsepersonell såg ein i studien til Feenstra et al. (2018) at kvinnene følte dei fekk nødvendige råd og at dei vart oppmuntra til sjekk dersom dei var i tvil. Nokre kvinner følte dei trengte hjelp frå helsepersonell i form av fysisk kontakt eller om dei trengte råd om aktuelle hjelpemiddel (Feenstra et al., 2018). Det er ulike funn i artiklane om ammerate, ammelengd og om kvinnene klarer å amme etter tidleg heimreise. Ser ein på studien til Verpe et al. (2018) var der ingen signifikante forskjellar mellom standar behandling og heimhjelp når det kom til ammevanar etter tidleg heimreise. I intervjuet som vart gjennomført 4 månader post partum kom det fram at alle kvinner ynskte å reise tidleg heim og alle bortsett frå ei kvinne amma ved 4 månader alderen (Darj & Stålnack, 2011). Vidare viser Darj & Stålnacke (2011) at mødrene var fornøgde med heimebesøket som dei fekk etter tidleg heimreise.

Som vist i studiane er der stor variasjon på kva kvinnene treng når det kjem til å meistre amming, det har vist seg i nokre studiar at kvinnene ønska å være på sjukehuset nokre ekstra dagar slik at amminga var veletablert (James et al., 2016; Nilsson et al., 2017). Ein såg at i 5 av studiane følte mødrene seg tryggare på sjukehuset enn dei gjorde i eigen heim (Feenstra et al., 2018; James et al. 2016; Kurth et al., 2016; Nilsson et al., 2017; Nilsson et al., 2016).



Kvinnene erfarte at dei såg nytta med individualisert barselomsorg, der kvinnene vart sett på som individ og fekk tilrettelagt individuelt barselopphald (James et al., 2016). Mødre følte at helsepersonell kunne trygge dei i arbeidet og prosessen med å lære seg korleis dei skulle handtere den nye kvardagen og at dei følte seg utrygge med å reise heim tidleg utan å meistre amminga (Kurth et al., 2016; Nilsson et al., 2017). Kvinner erfarte at dersom dei meistra amminga før heimreise, så var det større sjanse for at amminga haldt fram når dei kom heim (Feenstra et al., 2018). Vidare såg ein i studien til Feenstra et al. (2018) at kvinnene som vart re-innlagde, hadde ein tanke om at dersom dei hadde vore igjen på sjukehuset kunne dei ha unngått re-innlegginga, ved at dei hadde fått den hjelp dei trengte for å få til amminga alt før dei reiste heim frå barsel fyrste gang etter fødselen.

Fagpersonell har gjennom media ytra si bekymring for re-innleggingar på grunn av: underernæring av nyfødde, icterus (gulsott), infeksjonar hjå mor, depresjonar, ammeproblem og så vidare. (Andreassen, 2018; Fladberg, 2018; Høivik, 2018; Sølsnes, Brattås & Ulvedalen, 2014). For å unngå re-innleggingar såg 3 av studiane på viktige faktorar før tidleg heimreise (James et al., 2016; Nilsson et al., 2016; Nilsson et al., 2017). Der kvinner fekk konkrete råd om amming, tillit, støtte, tryggleik, praktisk ammerettleiing, positive haldningar, eit trygt miljø og kvinner ynskja eit individuelt barsleopphald, hadde ein høgare sjanse for å klare amming og unngå re-innleggelser (James et al., 2016). Studien til Nilsson et al. (2016) som tok føre seg 2 grupper der ein hadde ei intervensjonsgruppe (utvida rettleiing om amming) og ei kontrollgruppe (standard informasjon om amming), såg at færre born vart reinnlagde 1 veke post partum i intervensjonsgruppa enn i kontrollgruppa. Norge samanlikna med verdensbasis, så har Norge ein ammekultur som ein kan sjå på som svært høg. Der ein ser at i Norge ammar ca 95% av kvinnene etter 2 veker og 81% av kvinnene etter 4 månader i 2013 (Lande & Helleve, 2014). Sidan 2006 har mange norske føde og barsel avdelingar, og helsestasjonar hatt eit ynskje om å bli Mor-barn-venlege, for å bli dette må ein kvalitetsvurderast etter dei 10 trinna for vellykka amming (WHO, 2010). Ein kan sette spørsmålsteikn ved om føde/ barsel avdelingane klarer å verte mor-barn-venlege når kvinnene skal berre vere på sjukehuset i 6 timar etter fødsel og om ein då treng ei revidering av retningslinjene. Vidare vil store delar av ansvaret når kvinner og barn blir tidleg utskrivne verte lagt på helsestasjonar og jordmorheim tenesta. Dette gjer at kommunane gjerne må

omprioritere økonomien sin for å få dekket opp nok stillingar ute i kommunane.

### 7.3 Usikkerheit knytt til amming

Kvinnene som skal reise tidleg heim bør handtere ulike faktorar inn mot amminga, for å få eit tilfredsstillande resultat og ein helsebringande effekt. For at kvinner skal meistre amming, bør ein som jordmor ha fokus på kvinna sine ressursar og korleis kvinna skal kunne meistre amming (Antonovsky, 2014, s.41-43). Ein ressurs kan vere partner eller familiemedlemmer som kan bidra til å betre kvardagen til dei nybakte mødrene ved tidleg heimreise (Löf , Svalenius og Persson, 2006). I 5 av studiane framheva ein at usikkerheit om amming blant mødrene var framtrudande (Benhamed et al., 2017; Darje og Stålnacke, 2011; Feenstra et al., 2018; James et al., 2017; Nilsson et al., 2015). Nilsson et al. (2015) viser i sin meta-syntese studie, som inkluderer 10 kvalitative studiar at foreldre følte seg usikre på amming og strevde med amminga. Mødrene erfarte fysisk såre, smertefulle bryst og psykologisk følte dei angst for om barnet fekk nok mat. Mødre kunne erfare å ha konstant frykt for om barnet ikkje fekk i seg nok mat og at barnet dermed kanskje måtte ha sondemating (Feenstra et al., 2018). Eit «never ending» regime var det nokre mødre som følte, då barnet ikkje fekk rett dietak og ikkje fekk til å die, og amminga vart såleis ei plikt sidan barnet måtte ha mat (Feenstra et al., 2018).

I studien til Nilsson et al. (2015), seier der at kvinnene trengte å være kjent med amming før utreise frå sjukehuset. Det er både positive og negative faktorar som vil påverke kvinna si evne til å meistre amminga. Negative faktorar kan vere helse- og omsorgstenesta som er sviktande på grunn av sentralisering, økonomiske kutt, manglande stillingar og dermed klarer ein ikkje å legge til rette for individuell barselomsorg (Hansen, 2017a, s.715; World Health Organization (WHO) (2018). Mødrene kan oppleve amming som stressande når dei reiste heim før dei følte seg klare for det, og det då kom problem i form av vanskelege ammeforhald. I studien til Darje & Stålnacke (2011) vart mødrene spurte om dei erfarte problem rundt amminga, 5 kvinner hadde hatt problem med amming og 2 kvinner hadde hatt såre brystknopper (Darj & Stålnacke, 2011). Ut i frå vår praksis har vi erfart at mødre kan oppfatte informasjonen jordmødre og helsepersonell gir som forvirrande, misvisande eller feilaktig, dersom helsepersonell gir ulike råd. I studien til James et al. (2017) rapporterte

kvinner at jordmødre gav motstridande råd, noko som gjorde kvinnene usikre på amminga. Det å møte kvinner i den sårbare situasjonen mange av dei er i, med respekt og forståing vil være av stor viktigheit for eit så optimalt grunnlag for meistring som mogleg. Det er viktig at kvinna får snakke fritt om si oppleving og sine erfaringar, slik at hennar følelsar kjem fram og vert teken på alvor. Jordmor må eller bør dele med kvinna, dei tankar jordmor sjølv har rundt situasjonen og slik støtte kvinna og normalisere det som opptek kvinna. Premissane er på kvinna si side, og slik ligg det til rette for følelse av meistring og delaktigheit i livssituasjon.

#### 7.4 Viktige faktorar for å klare amming

Den norske utgåva av '*Dei 10 stega*' for vellukka amming var meint å vere enkle, grunnleggjande prinsipp for å fremje amming og den tidlege nærkontakten mellom mor og hennar barn. '*Dei 10 stega*' må sjåast på som ei rettesnor i arbeidet med å oppnå vellukka amming og auka helsevinst for individa (Oslo universitetssykehus, 2016). Det er viktig i dette arbeidet at retningslinjer er rettesnorer, og det individuelle tilpassa rundt kvar kvinne og familie er viktig å ivareta. At kvar kvinne vert sett og behandla unikt, og kvinna sine ynskjer er det som er førande (Palmèr, 2014, s.207). Funn frå oversikts studien til James et al. (2017) såg at mødre sette pris på og trengte konkret informasjon og praktiske råd om amming for å klare å amme borna sine. 3 av studiane tok føre seg ulike viktige faktorar før tidleg heimreise (James et al., 2016; Nilsson et al., 2016, Nilsson et al., 2017). Kvinner som fekk konkrete råd om amming, tillit, støtte, tryggleik, praktisk ammerettleing, positive haldningar og hadde eit trygt miljø erfarte amming som positivt (James et al., 2016). I studien til Nilsson et al. (2016) viste det seg at hud-hud kontakt med mor/barn, rett sittestilling ved amming og rett dietak kunne bidra til positive ammeerfaringar. Ein kunne sjå at kvinnene hadde blanda reaksjonar på hyppig amming, der dei synast at det var slitsamt og krevjande med så hyppige ammingar som skulle føre til vektutvikling hjå barnet. Dei som hadde tidlegare gode ammeerfaringar og godt etablert amminga før tidleg heimreise, hadde større sannsynlegeheit for å amme ved tidleg heimreise (Nilsson et al., 2017).

Mange faktorar påverkar amminga. Ein av dei faktorane som kan være nyttig for helsepersonell, vil være å identifisere dei kvinnene som står i risikosona for å få så store utfordringar med amminga, at dei avsluttar amminga for tidleg. Ei gruppe som kan vere meir utsett enn andre er unge mødre med kort skulegang, kort yrkesutdanning og svak tilknytning

til arbeidsmarknaden, der ein ser at yngre mødre kan få kortare ammeperiode (Nilsson & Busck-Rasmussen, 2004, s. 56; Hansen, 2017b, s.702-703; Helsedirektoratet, 2014, s.35-36). Motivasjonen er av stor viktigheit for utfallet av amming. Det at kvinna er motivert på førehand, og er verkeleg innstilla på å få dette til, er svært viktig. At ho også får støtte frå partner og familie, er også viktig for at ho skal behalde trua gjennom strabasane som det kan verte litt av i ammeperioden. Partnaren sine haldningar til amming, kan også få innverknad på kvinna sin haldning (Nilsson & Busck-Rasmussen, 2004, s.61; Hansen, 2017b,s.703; Helsedirektoratet, 2014, s.31). Om ein legg Antonovsky sin salutogenese-teori til grunn, så bør svangerskapsomsorga og jordmor sitt arbeid der, ha fokus på dei interne ressursar som kvinna har (Antonovsky, 2014, s.38-41). Dei interne ressursane er kvinna sin kunnskap og hennar haldningar til amming, samt hennar eksterne ressursar som då er til dømes den sosiale støtte ho har.

Dei interne og ekstern ressursane vil vere med å fremje kvinna si gode helse gjennom svangerskap, fødselen og vidare gjennom amming og barseltida hennar. At kvinna i kvardagen har stabilitet, samt omsorgsfulle og nære relasjonar veit vi er viktige faktorar for kvinna og familien si helse i framtida. Det er viktig at jordmor så tidleg som mogeleg i svangerskapet til kvinna, prøver å kartlegge kvinna sitt nettverk og støtte-ressursar, då kvinna søker til desse ho eventuelt måtte ha rundt seg. Om jordmor får god oversikt over dette, så vil jordmor lettare kunne tilpasse eit individuelt opplegg rundt kvinna, og kvinna sitt behov gjennom svangerskap, fødsel og barseltida. Styrking av kvinna sin SOC, sense of coherence, gjennom å førebu kvinna på det som kjem, vil styrke kvinns evne og auke sjansen for meistring og hennar moglegheit for helsefremjande effekt på sikt (Antonovsky, 2014, s.38-41; Askheim og Starrin, 2012, s.28-29). SOC er oppleving av samanheng og det å utvikle ei tru på at ein kan finne løysingar (Askheim og Starrin, 2012, s.29). Slik vil også hennar familie auke sin sjanse for helsegevinst på sikt. Støtte og fullstendig tilnærming frå jordmor i denne omsorga er svært viktig for at kvinna og familien skal få så optimal meistring og ein så positiv erfaring som mogeleg i det ho og dei gjennomgår i denne fasen (Aune & Kolset, 2017, s.273-274) Det at jordmor klarer å kartlegge dei essensielle faktorane for god helse, så tidleg som mogleg vil vere viktig med tanke på at kvinnene no skal reise tidlegare heim og dermed sitt med mykje av ansvaret sjølve. Kvinnene må få god opplæring på korleis dei skal observere sitt nyfødde barn, sjå etter teikn til at barnet har det bra, men også det at kvinna kan merke om

noko er unormalt med seg sjølv. Før fekk ein opplæringa på barselavdelingane, men no når kvinnene skal reise heim etter 6 timar post partum, må ein gjere justeringar for kva kvinnene og partner treng av informasjon.

## 8.0 Konklusjon

Siste trinn i scoping review som er trinn seks: konsultasjon, er eit valfritt trinn. Men i denne studien er det hensiktsmessig å ta dette trinnet, då det vil gi ei naturleg avslutning til studien. I denne studien ville vi sjå på kva erfaring kvinner har med tidleg heimreise. For å svare på problemstillinga til studiet: *Kva erfaringar har mødre med amming etter tidleg heimreise?* Ein Scoping review, utførte vi eit litteraturgjennomgang i form av ein Scoping review. Der leita vi etter forskning som kunne vere med på å belyse vår problemstilling. Dagens barselomsorg er i stadig endring, og helse-Norge held på å omstille barneomsorga. Sjølv om nokre kvinner og nyfødde har for lengst starta å reise tidleg heim, så er dette meir på ein «frivillig» basis enda, men allereie om nokre få år skal kvinner og nyfødde born reise heim 6 timar etter fødsel.

Ut i frå forskning kunne vi sjå at det var 4 kategoriar som utmerka seg: tryggleik i eigen heim, tryggare på sjukehuset og kontakt med helsepersonell, usikkerheit knytt til amming og viktige faktorar for å klare amming. Vi såg at tidleg heimreise i seg sjølv ikkje trengte å vere negativt, men at det i stor grad er avhengig av om kvinna er trygg på at ho kan reise heim. Det var ulike faktorar som kunne påverke kva tid kvinnene reiste heime: geografiske forskjellar, manglande familierom, støy på sjukehuset, stress og manglande jordmordekning. Kvinner vektlegg at dei kan ha partner til stades, det å ha familien sin nært, ro og det å kunne bli trygge på den nye kvardagen. For at kvinnene skulle reise heim var det viktig for dei at dei var trygge i den nye morsrolla. Det at dei var trygge med amming når dei skulle reise heim viste seg å vere ein viktig faktor for at kvinnene skulle føle meistring og dermed følte seg trygg i eigen heim.

Som jordmor skal ein prøve å drive individualisert omsorg uavhengig av arbeidsforhold, ein veit at kvar kvinne er ulike og kvart barselforløp er ulik. Jordmor må ha kunnskap om kva som gjer at kvinnene opplever at dei får ei individuell omsorg, slik at dei forstår at dei blir sett og høyrte. Det kan vere utfordrande å få til individuell barselomsorg når det er ulike økonomiske rammeverk både statleg, men også kommunalt. Med manglande

jordmorstillingar og varierende økonomiske rammer hos kommunane vil det bli ei differensiering i barseltilbodet. Noko som igjen vil føre til at nybakte mødre vil kunne oppleve barselomsorga som skeivfordeling avhengig av kvar dei er busett. Ein kunne sjå at helsepersonell som gav støtte og stadfesting i forhold til amming var avgjerande for at kvinnene følte seg trygge i eigen heim. I tillegg til å ha ein tilrettelagt barselomsorg, der kvinnene fekk heimebesøk av helsepersonell. Kvinnene måtte lære seg å handtere ein ny og stressande kvardag, noko som gjer det enda meir viktig at kvinnene føler at dei har støtte både frå partner, familie og helsepersonell.

Gjennom denne litteraturgjennomgangen ser vi at mange kvinner slett ikkje er redde for å reise heim, så lenge dei får rett hjelp og at dei klarer å meistre amminga både før og etter heimreise. Vi har sett at studiane viser at tidleg heimreise ikkje treng å påverke amminga i negativ retning, men at det kan opplevast som noko som vil gi ei positiv erfaring for kvinnene.

#### 8.1 Implikasjon for praksis

Vi ser at det er viktig at dette temaet vert forska meir på, der det er av interesse at kvinnene sine erfaringar kjem tydeleg fram. Ein burde sjå på faktorar som kan styrke tidleg heimreise og amming og kva slags grupper av befolkninga som reiser tidleg heim. Der ein ser på kva fagfeltområde ein burde legge inn meir ressursar på for å styrke kvinna og hennar familie til å kunne vere heime. Vi ser det som viktig at jordmor har kunnskap om korleis ein best mogeleg kan forberede kvinnene til å reise tidleg heim frå barsel. Det å ha ein tilrettelagt barselomsorg for å fremje amming. Vi stiller spørsmålsteikn ved korleis føde/barsel avdelingane i framtida kan klare å bli Mor-barn-vennlege når kvinnene reiser heim etter 6 timar post partum. Kvinner treng tid på å bli kjent med barnet sitt og den nye kvardagen. Vi har sett at amming kan skape store utfordringar, sjølv om kvinnene har hatt ein tilsynelatande «normal» fødsel.

## Referanseliste

- Andreassen, T. (2018, 25.januar). Stor mangel på jordmødre kan sette barn i fare. *Dagsavisen*. Henta frå <https://www.dagsavisen.no/>
- Antonovsky, A. (2014). *Helsens Mystorium; Den salutogene modellen* (2. utg, A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Askheim, O. P. (2012). Empowerment I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment; I teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Aune, I. & Kolset, I. S. (2017). Svangerskapsomsorg. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka ; Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2.utg, s. 272-285). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Bakken, B. (2012). Opplevelsen av sammenheng er nøkkelen til god helse. Henta frå <https://www.idebanken.org/innsikt/intervju/opplevelsen-av-sammenheng-er-nokkelen-til-god-helse>
- Benahmed, N., Miguel, L., Devos, C., Fairon, N. & Christiaens, W. (2017). Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1465-7>
- Binnie, E.S.& Reinar, L.M.(2017). Barselomsorg i A. Brunstad & E. Tegnander (red), *Jordmorboka; ansvar, funksjon og arbeidsmåte* (2.utg, s. 593-598).Oslo Cappelen Damm Akademisk
- Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, P. G. & Krastev, A. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2002(3), 1-45. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958>
- Bryar, R. M. & Sinclair, M. (2011). Midwifery Theory Development. I R. M. Bryar & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (2. utg., s. 59-87). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Campbell, O. M. R., Cegolon, L., Macleod, D. & Benova, L. (2016). Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle-Income Countries: Compilation of Reported Data and a Cross-sectional Analysis from Nationally Representative Surveys, *PLOS Medicine*, 13(3), 1-24. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001972>

- Darj, E. & Stålnacke, B. (2000). Very Early Discharge from Hospital after Normal Deliveries. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 105 (1), 57-66.  
<https://doi.org/10.1517/03009734000000047>
- Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Feenstra, M. M., Nilsson, I. & Danbjørg, D. B. (2018). Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 1-12.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14687>
- Fladberg, K. L. (2018, 19. Februar). Kortere liggetid etter fødsel: Fagfolk frykter alvorlig sykdom og spedbarnsdød. *Dagsavisen*. Henta frå <https://www.dagsavisen.no>
- Folkehelseinstituttet (FHI) (2019, 28. januar). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Henta frå <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Folkehelseinstituttet ( FHI) (2018a). Medisinsk fødselsregister (MFR). Henta frå <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet (FHI) (2018b, 06. juni). Medisinsk fødselsregister; Tid fra fødsel til hjemreise stabil de siste årene. Henta frå <https://www.fhi.no/nyheter/2018/tid-fra-fodsels-til-hjemreise-stabil-de-siste-arene/>
- Foyn, S. & Tobassen, L. (2017). Prevensjonsveiledning I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka; Funksjon, ansvar og arbeidsområde* (s.164-188). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Fredriksen, E. H., Moland, K. M. & Harris, J. (2018). How do health professionals acknowledge Web-based knowledge in pregnancy consultations?, 39(9), 955-967.  
<https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1423314>
- Hansen, M. N. (2017a). Ammeveiledning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, Funksjon og Arbeidsområde* (2. utg., s.715-739). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hansen, M. N. (2017b). Mor-barn-vennlig sykehus. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og Arbeidsområde* (2 utg., s.697-704). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hansen, M. N. (2017c). Morsmelkens sammensetning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka; Ansvar, Funksjon og Arbeidsområde* (2.utg., s.710-714). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* (IS-2057). Oslo: Helsedirektoratet.



- Helsedirektoratet. (2016). *Spedbarnernæring; Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring*. Oslo Helsedirektoratet.
- Helse- og Omsorgsdepartement. (2009a). *En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (St.meld. 12 (2008-2008)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009b). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. 47 (2008-2009)). Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Høivik, F. M. (2018, 1.september). Bekymret for tidlig hjemreise for barselkvinner. *Adressa*. Henta frå <https://www.adressa.no/>
- Inch, S. (2014). Infant feeding I J. E. Marshall & M. D. Raynor (Red.), *Myles textbook for midwives* (16. utg., s.703-736). Edinburgh: Elsevier.
- James,L., Sweet, L. & Donellan-Fernandez, R. (2016). Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women and Birth*, 30(2), 87-99. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.013>
- Johansen, M. & Gamnes, S. (2017). *Metodebok for seksuellhelse* (8. utg.). Oslo: Sex og samfunn, senter for ung seksualitet.
- Kurth.,E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmlli, L., Conzelmann, C. & Zemp, E. (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health service research*, 16(82), 1-14. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1300-2>
- Kåss, E. (2018). Post partum I Store Medisinske leksikon (SML). Henta frå [https://sml.snl.no/post\\_partum](https://sml.snl.no/post_partum)
- Lande, B. & Helleve, A. (2014). *Amming og spedbarns kosthold: Landsomfattende undersøkelse 2013* (IS-2239). Oslo: Helsedirektoratet.
- Langeland, E (2019). Salutogenese. Henta frå <https://www.napha.no/content/13887/Salutogenese>
- Lerdal,A. (2016). Å lese forskningsartikler, *Sykepleien* 4(4), 328-330. <http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0161>
- Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding a guide for the medical profession* (8.Utg.) Philadelphia: Elsevier.
- Löf, M., Svalenius, E. C. & Persson, E. K. (2006). Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 323-330. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00411.x>

- Margolis, L. H. & Schwartz, J. B. (2000). The Relationship Between the Timing of Maternal Postpartum Hospital Discharge and Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 16(2), 121-128. <http://doi.org/10.1177/089033440001600207>
- Nilsson, I & Busck-Rasmussen, M (2004). *Håndbog i vellykket amning: anbefalinger til sundhedspersonale* (2. utg.). København: Sundhedsstyrelsen.
- Nilsson, I., Danbjørg, D. B., Aagaard, H., Strandberg-Larsen, K., Clemensen, J. & Kronborg, H. (2015). Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*, 31(10), 926-934. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.004>
- Nilsson, I. M. S., Kronborg, H., Knight, C. H. & Strandberg-Larsen, K. (2017). Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns? *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 60-68. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.007>
- Nilsson, I. M. S., Strandberg-Larsen, K., Knight, C.H., Hansen, A. V. & Kronborg, H. (2016). Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4), 1-10. <https://doi.org/10.1111/mcn.12432>
- Nylander, G. (2015). *Mamma for første gang* (2.utg). Oslo: Gyldendal
- Oslo Universitetssykehus (2016, 11. Oktober). Mor-barn-vennlig initiativ Sykehus. Henta 11. Desember.2018 frå <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-amming-nka/mor-barn-vennlig-initiativ-mbvi/mor-barn-vennlig-initiativ-sykehus>
- Palmer, L. (2014). Stöd vid ammning. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka : Vordande vid barnafödande* (2 utg.,s.205-219). Lund: Studentlitteratur.
- Persson, E. K. & Dykes, A.-K. (2002). Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery*, 18(1), 53-60. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0291>
- Peterson, F. J., Pearce, P. F., Ferguson, L. A. & Langford, C. A. (2017). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 12-16. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12380>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Reinar, L. M. & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, Funksjon og Arbeidsområde* (2. utg., s.66-78). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sayakhot, P. & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 1-10. <http://doi.org/10.1186/s12884-016-0856-5>

- Stein. (2016). Narrativ; Hva betyr Narrativ? Narrativ betyr. Henta 26.april.2018 frå <https://fremmedord.org/hva-betyr/narrativ/>
- Stockdale, J., Sinclair, M., Kernohan, G. & Keller, J. (2011). Understanding Motivational Theory and the Psychology of Breastfeeding. I M. Sinclair & R. M. Bryar (Red.), *Theory for midwifery practice* (2. utg., s. 92-112). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Svartdal, F. & Malt, U. (2018). Stress I *Store Norske Leksikon* (SNL). Henta frå <https://snl.no/stress>
- Sølsnes, K.-J; Bråttås, T.H ; Ulvedalen, G. (2013). Tidlig hjemreise kan føre til dehydrering, *101*(11), 64-67. <http://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.010>
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G. & Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, *122*(24), 2379-2383. Henta frå <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>
- Tengqvist, A. (2012). Å begrense eller skape muligheter - om sentrale holdninger i empowermentarbeidet I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment; I teori og praksis* (s.72-82) Oslo: Gyldendal
- Teigen, K. H. (2011). Erfaring. I *Store Norske Leksikon* (SNL). Henta 7.april. 2019 frå <https://snl.no/erfaring>
- Tjora, E., Karlsen, L.C, Moster, D & Markestad, T. (2010). Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries, *99*(5), 639-792. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01692.x>
- Tufte, E. (2005). *Norske kvinners ammeproblemer* (Masteroppgåve). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/>
- Verpe, H., Kjellevoid, M., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U. T., Stormark, K. M., ... Skotheim, S. (2018). Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.*, <http://doi.org/10.1111/scs.12604>
- World Health Organization (WHO). (2018). Nutrition. Henta frå <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
- World Health Organization (WHO). (2010). *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Henta frå [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO\\_MPS\\_10.03\\_eng.pdf;jsessionid=23445E5C75BAD65B0BDDA8FBFA1A098A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf;jsessionid=23445E5C75BAD65B0BDDA8FBFA1A098A?sequence=1)
- World Health Organization (WHO). (2014). *Postnatal care of the mother and newborn*. Henta frå

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649\\_eng.pdf;jsessionid=E3214A9147E11E6B78D7B7F0482C3C8A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf;jsessionid=E3214A9147E11E6B78D7B7F0482C3C8A?sequence=1)

## Vedlegg 1: Søkehistorikk

Database	Søkehistorikk
Oria 19.12.2018 frå kl 14-23:00.	<p>Søkeord: breastfeeding AND context of early home discharge : antal treff : 4684.</p> <p>Avgrensing: fagfelleverderte tidsskrifter: 1922 treff, Avgrensing: fulltekst dokument, open access : 24 treff. Avgrensing: engelsk : 24 treff Avgrensa : årstal 2008-2018 : <b>22 treff.</b></p> <p><b>Antal treff: 22</b> <b>Ingen nye forskingsartiklar til studie</b></p>
Oria 19.12.2018 frå kl 14-23:00. søkeord :	<p>SØKEORD: Home visit AND breastfeeding :21 154 treff.</p> <p>Avgrensing: fagfelleverderte tidsskrifter : 11 415 treff. Avgrensing: årstal 2008-2018: 207 treff Avgrensing : engelsk: 206 treff. Avgrensing : oversiktsartiklar: 2 treff. Ingen var relevante. Oppheving: oversiktsartiklar Adda ordet: early postpartum: 7099 treff. Avgrensing: fagfelleverderte tidsskrifter: 3585 treff, Avgrensing: fulltekstdokument: 3585 treff Avgrensing: open access: 39 treff. Avgrensing: årstal 2008-2018. Avgrensing: Engelskspråklig: 38 treff, ingen var relevante. Oppheving: open access: 2698 treff, Avgrensing: artiklar: 2654 treff. ADDA ordet: breastfeeding i emne avgrensingar: <b>274 treff.</b></p>

	<p>4 artiklar møtte inklusjonskriterier.</p> <p><b>Antal treff: 274</b>  <b>1 forskingsartiklar inkludert i studie</b></p>
<p>Academic search elite  m/Cinahl og medline  16.12.18:</p> <p>20.12.18:</p>	<p>ADDA: 'mother' : 658234 treff.  ADDA :«early Discharge» : 884 treff.  Avgrensing: siste 10 åra ( 2008-2018) :384 treff  Avgrensing : engelsk 316 treff.  Avgrensing «Breastfeeding» (Mother AND early discharge And breastfeeding ): <b>44 treff</b></p> <p>ADDA: «Breastfeeding»: 66152 treff,  ADDA: Early discharge: 11936 treff  ADDA: AND Mother 658 804 treff.  Kombinerte: ( «Breastfeeding AND Early Discharge») :228 treff.  Avgrensing: 2008-2018: 49 treff  Avgrensing: engelsk: 44 treff.  Avgrensing: "Peer Reviewed" : <b>30 treff.</b></p> <p><b>Antal treff: 74</b>  <b>7 forskingsartiklar inkludert i studie</b></p>
Database	Søkehistorikk
<p>Epistemonikos  16/12-18, frå kl  12:00-18:00.</p>	<p>"breastfeeding": 1879 treff.  Avgrensing: 10 siste åra  Avgrensing: systematic reviews: 701 treff.  ADDA: AND 'mother' : 87 treff,  ADDA : OR i staden for AND: 1289 treff</p>

	<p>ADDA: AND 'early home' : 9 treff.  ADDA: OR i staden for AND: 1462 treff.  'breastfeeding' AND 'mother' AND 'early home' : <b>4 treff</b>  'breastfeeding' OR 'mother' OR 'early home': <b>1462</b> treff.</p> <p><b>Antal treff: 1468</b>  <b>Ingen nye forskingsartiklar til studie</b></p>
<p>Epistemonikos  16/12-18 KL  18:00 -&gt;</p>	<p>'early discharge': 1645 treff  Avgrensing: 2008-2018  Avgrensing: systematic review: 224 treff.  ADDA: AND 'mother': 7 treff.  ADDA: AND breastfeeding: <b>5 treff</b> ,</p> <p><b>Antal treff: 5</b>  <b>Ingen nye forskingsartiklar til studie</b></p>
<p>Epistemonikos  18/12-18 KL  12:00 -&gt;</p>	<p>'early discharge': 1779 treff.  Avgrensing: 10 siste åra: 799 treff  Avgrensing: sytematic review: 233 treff.  ADDA: AND 'mother': <b>7 treff</b>.  ADDA: 'breastfeeding': <b>8 treff</b></p> <p><b>Antal treff: 15</b>  <b>Ingen nye forskingsartiklar til studie</b></p>
<p>Joanna Briggs  Institute EBP  DATABASE  18/12-18 KL  18:00 -&gt;</p>	<p>'early discharge': 67 treff.  Avgrensing: 2008-2018  Avgrensing: systematic review: <b>18 treff</b>.  ADDA: AND 'mother' : <b>15 treff</b>,  ADDA: AND 'breastfeeding': <b>9 treff</b></p>

	<p><b>Antal treff: 42</b>  <b>Ingen nye forskningsartiklar til studie</b></p>
<b>Kontroll søk</b>	
Medline Ovid	<p>Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process &amp; Other Non-Indexed Citations and Daily &lt;1946 to March 14, 2019&gt;  Search Strategy:</p> <p>-----</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Breastfeeding.mp. or exp Breast Feeding/ (45202)</li> <li>2 postpartum.mp. or exp Postpartum Period/ (99316)</li> <li>3 early discharge.mp. (2596)</li> <li>4 exp "Length of Stay"/ (80328)</li> <li>5 postpartum care.mp. or exp Postnatal Care/ (5767)</li> <li>6 2 and 3 (154)</li> <li>7 3 or 4 (82021)</li> <li>8 4 or 5 (85824)</li> <li>9 6 and 7 (154)</li> <li>10 6 and 9 (154)</li> <li>11 1 and 7 and 8 (248)</li> <li>12 3 and 11 (<b>59</b>)</li> </ol> <p><b>Nytt søk på databasar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. early discharge.mp or exp « length of stay»/ (82098)</li> <li>2. Breast feeding.mp or Breast Feeding/ (40257)</li> <li>3. postpartum period.mp. or Poatpartum Perid (28368)</li> </ol>



	<p>4. postnatal care.mp or exp.Postnatal care/ (6314)</p> <p>5. puerperium.mp. or exp Postpartum Period/ (64736)</p> <p>6. 1 and 2 (277)</p> <p>7. 1 and 2 and 3 (33)</p> <p>8. 1 and 2 and 4 (44)</p> <p>9. 1 and 2 and 3 and 4 (9)</p> <p>10. 1 and 2 and 3 and 4 and 5 (7)</p> <p>11. 1 and 3 (215)</p> <p><b>Totalt antal treff: 585</b></p> <p><b>3 forskningsartiklar inkludert inn i studie.</b></p>																										
<p>CINAHL</p> <p>15.03.2019</p>	<table border="1"> <tr> <td><b>S1</b> “breastfeeding”</td> <td><b>Resultat : (18)</b></td> </tr> <tr> <td><u>S2 (MH “Breast Feeding+”)</u></td> <td>Resultat : (1,604)</td> </tr> <tr> <td><u>S3 “early discharge”</u></td> <td>Resultat : (118)</td> </tr> <tr> <td><b>S4</b> (MH “Length of Stay”) OR “Length of stay”</td> <td><b>Resultat : (35)</b></td> </tr> <tr> <td><u>S5 ”post partum”</u></td> <td>Resultat (318)</td> </tr> <tr> <td><u>S7 (MH Puerperium”) OR “puerperium”</u></td> <td>Resultat: (23,588)</td> </tr> <tr> <td><u>S8 (MH “Postnatal Care+”) OR “postnatal care”</u></td> <td>Resultat: (9,962)</td> </tr> <tr> <td><u>S9 “postpartum”</u></td> <td>Resultat : (20,740)</td> </tr> <tr> <td><u>S10 S1 AND S2</u></td> <td>Resultat : (4,911)</td> </tr> <tr> <td><u>S11 S1 OR S2</u></td> <td>Resultat: (958)</td> </tr> <tr> <td><u>S12 S3 AND S4</u></td> <td>Resultat (1831)</td> </tr> <tr> <td><u>S13 S5 AND S7</u></td> <td>Resultat :(44,055)</td> </tr> <tr> <td><u>S14 S7 AND S8</u></td> <td>Resultat: (1,050)</td> </tr> </table>	<b>S1</b> “breastfeeding”	<b>Resultat : (18)</b>	<u>S2 (MH “Breast Feeding+”)</u>	Resultat : (1,604)	<u>S3 “early discharge”</u>	Resultat : (118)	<b>S4</b> (MH “Length of Stay”) OR “Length of stay”	<b>Resultat : (35)</b>	<u>S5 ”post partum”</u>	Resultat (318)	<u>S7 (MH Puerperium”) OR “puerperium”</u>	Resultat: (23,588)	<u>S8 (MH “Postnatal Care+”) OR “postnatal care”</u>	Resultat: (9,962)	<u>S9 “postpartum”</u>	Resultat : (20,740)	<u>S10 S1 AND S2</u>	Resultat : (4,911)	<u>S11 S1 OR S2</u>	Resultat: (958)	<u>S12 S3 AND S4</u>	Resultat (1831)	<u>S13 S5 AND S7</u>	Resultat :(44,055)	<u>S14 S7 AND S8</u>	Resultat: (1,050)
<b>S1</b> “breastfeeding”	<b>Resultat : (18)</b>																										
<u>S2 (MH “Breast Feeding+”)</u>	Resultat : (1,604)																										
<u>S3 “early discharge”</u>	Resultat : (118)																										
<b>S4</b> (MH “Length of Stay”) OR “Length of stay”	<b>Resultat : (35)</b>																										
<u>S5 ”post partum”</u>	Resultat (318)																										
<u>S7 (MH Puerperium”) OR “puerperium”</u>	Resultat: (23,588)																										
<u>S8 (MH “Postnatal Care+”) OR “postnatal care”</u>	Resultat: (9,962)																										
<u>S9 “postpartum”</u>	Resultat : (20,740)																										
<u>S10 S1 AND S2</u>	Resultat : (4,911)																										
<u>S11 S1 OR S2</u>	Resultat: (958)																										
<u>S12 S3 AND S4</u>	Resultat (1831)																										
<u>S13 S5 AND S7</u>	Resultat :(44,055)																										
<u>S14 S7 AND S8</u>	Resultat: (1,050)																										

	<p><u>S15 S8 AND S9</u> <span style="float: right;"><u>Resultat: (19,750)</u></span></p> <p><u>S16 AND S12</u> <span style="float: right;"><u>Resultat : (13,800)</u></span></p> <p><b>Antal treff: 53</b></p> <p><b>Ingen nye forskningsartiklar til studie</b></p>																														
Cochrane Library	<p>Search Name:</p> <p>Date Run: 16/03/2019 11:04:48</p> <p>Comment:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>ID</th> <th>Search Hits</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#1</td> <td>(early home AND breastfeeding):ti,ab,kw (Word variations have been searched)</td> <td>106</td> </tr> <tr> <td>#2</td> <td>("breastfeeding"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)</td> <td>2941</td> </tr> <tr> <td>#3</td> <td>MeSH descriptor: [D001942] explode all trees</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>#4</td> <td>(breastfeeding):ti,ab,kw (Word variations have been searched)</td> <td>2941</td> </tr> <tr> <td>#5</td> <td>MeSH descriptor: [D001942] explode all trees</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>#6</td> <td>early discharge</td> <td>4849</td> </tr> <tr> <td>#7</td> <td>postpartum</td> <td>7018</td> </tr> <tr> <td>#8</td> <td>#1 OR #2</td> <td>2941</td> </tr> <tr> <td>#9</td> <td>#8 #6</td> <td>127</td> </tr> </tbody> </table>	ID	Search Hits		#1	(early home AND breastfeeding):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	106	#2	("breastfeeding"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	2941	#3	MeSH descriptor: [D001942] explode all trees	0	#4	(breastfeeding):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	2941	#5	MeSH descriptor: [D001942] explode all trees	0	#6	early discharge	4849	#7	postpartum	7018	#8	#1 OR #2	2941	#9	#8 #6	127
ID	Search Hits																														
#1	(early home AND breastfeeding):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	106																													
#2	("breastfeeding"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	2941																													
#3	MeSH descriptor: [D001942] explode all trees	0																													
#4	(breastfeeding):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	2941																													
#5	MeSH descriptor: [D001942] explode all trees	0																													
#6	early discharge	4849																													
#7	postpartum	7018																													
#8	#1 OR #2	2941																													
#9	#8 #6	127																													

	#10	#4 OR #6	7663	
	#11	#2 OR #6	7663	
	#12	#11 OR #8	7663	
	#13	postpartum care	2864	
	#14	#13 OR #8	5371	
	#15	#2 OR #14	5371	
	#16	#6 OR #7	11586	
	#17	("breast feeding"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	3218	
	#18	Mothers	8887	
	#19	#17 AND #6	<b>112</b>	
	<b>Totalt antal treff: 112</b>			
	<b>Ingen nye forskningsartiklar til studie</b>			
SweMed+ 16. Mars. 2019	Nr	Söksträng	Antal träffar	Tid
	2	Breastfeeding	472	2019-03-16 12:26:52
	3	Breast Feeding	483	2019-03-16 12:27:24
	4	Early discharge	57	2019-03-16 12:27:43
	5	Length of stay	779	2019-03-16 12:27:59

	6	postpartum	282	2019-03-16 12:28:10	
	7	ppuerperium	0	2019-03-16 12:28:20	
	8	puerperium	153	2019-03-16 12:28:25	
	9	postnatal care	40	2019-03-16 12:28:34	
	10	#2 OR #3	483	2019-03-16 12:29:19	
	11	#4 OR #5	802	2019-03-16 12:29:43	
	12	#6 OR #8	286	2019-03-16 12:29:56	
	13	#10 AND #11	8	2019-03-16 12:30:12	
	14	journal:"Socialmedicinsk Tidskrift"	2223	2019-03-16 12:32:02	
	15	#10 AND #11	<b>8</b>	2019-03-16 12:32:36	
	<b>Totalt antal treff: 8</b>				
	<b>Ingen nye forskningsartiklar til studie</b>				
	Epistemonikos				
		title:(title:(Breastfeeding) OR abstract:(Breastfeeding)))	16-03-2019 02:31:42 +01:00		

<p>OR  abstract:((title:(Breastfeeding)  OR  abstract:(Breastfeeding))))  AND (title:(Early discharge)  OR abstract:(Early  discharge)) AND  (title:(length of stay) OR  abstract:(length of stay))</p>		
<p>(title:((title:(Breastfeeding)  OR abstract:(Breastfeeding)))  OR  abstract:((title:(Breastfeeding)  OR  abstract:(Breastfeeding))))  AND (title:(Early discharge)  OR abstract:(Early  discharge))</p>	<p>16-03-2019  01:09:37 +01:00</p>	
<p>(title:(Breastfeeding) OR  abstract:(Breastfeeding))</p>	<p>16-03-2019  01:09:04 +01:00</p>	
<p><b>Totalt antal treff : 8</b></p>		
<p><b>Ingen nye forskningsartiklar til studie</b></p>		

## Vedlegg 2 : Ten steps to successful breastfeeding

**1a.** Comply fully with the *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes* and relevant World Health Assembly resolutions.

**1b.** Have a written infant feeding policy that is routinely communicated to staff and parents.

**1c.** Establish ongoing monitoring and data-management systems.

**2.** Ensure that staff have sufficient knowledge, competence and skills to support breastfeeding.

**3.** Discuss the importance and management of breastfeeding with pregnant women and their families.

**4.** Facilitate immediate and uninterrupted skin-to-skin contact and support mothers to initiate breastfeeding as soon as possible after birth.

**5.** Support mothers to initiate and maintain breastfeeding and manage common difficulties.

**6.** Do not provide breastfed newborns any food or fluids other than breast milk, unless medically indicated.

**7.** Enable mothers and their infants to remain together and to practise rooming-in 24 hours a day.

**8.** Support mothers to recognize and respond to their infants' cues for feeding.

**9.** Counsel mothers on the use and risks of feeding bottles, teats and pacifiers.

**10.** Coordinate discharge so that parents and their infants have timely access to ongoing support and care.

(World Health Organization (WHO), 2018)