

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	1
2. Problemformulering.....	4
2.1 Afgrænsning.....	4
2.2 Begrebsafklaring.....	4
3 Mål og formål.....	5
3.1 Mål.....	5
3.2 Formål.....	5
4. Teori og metode.....	5
4.1 Videnskabsteoretiske overvejelser.....	6
4.2 Redegørelse og begrundelse for valg af metode.....	7
4.3 Projektets struktur.....	7
4.4 Redegørelse og begrundelse for valg af kilder.....	7
4.4.1 Review: Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants.....	8
4.4.2 Skills for Communicating with Patients.....	8
4.4.3 Oplevelsen af Sammenhæng.....	8
4.5 Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning og -udvælgelse.....	9
5. Analyse.....	10
5.1 Jordemoderens teoretiske vidensgrundlag omkring sikkerheden ved ambulat udskrivelse ...	10
5.1.1 Inklusion- og eksklusionskriterier:.....	11
5.1.2 Validitet og fejlkilder.....	13
5.1.3 Analysestrategi.....	14
5.1.4 Analyse af resultater.....	14
5.1.5 Opsamling af resultater.....	16
5.2 Jordemoderens kommunikative færdigheder til at imødekomme kvindens behov for tryghed	17
5.2.1 Præsentation og analyse af Skills for Communicating with Patients.....	17
5.2.3 Exploration of patient's problems og Additional skills for understanding the patient's perspective.....	18
5.2.4 Providing the correct amount and type of information og Aiding accurate recall and understanding.....	20
5.2.5 Opsamlende analysefund.....	22
5.3 Jordemoderens forudsætning for at bidrage med meningsfuldhed og sammenhæng.....	23

5.3.1 Præsentation af Oplevelsen af Sammenhæng .....	23
5.3.2 Analyse af Oplevelsen af sammenhæng.....	24
5.3.3 Opsamlende analysefund .....	26
6 Diskussion.....	27
6.1 Forudsætninger for sikkerheden ved ambulat udskrivelse .....	27
6.2 Kommunikationen omkring utryghed i forbindelse med ambulat udskrivelse i jordemoderkonsultationen.....	28
6.3 Forudsætninger for at cope med utrygheden i forbindelse med ambulat udskrivelse.....	29
6.4 Diskussion af egen metode .....	31
7. Konklusion .....	31
8. Perspektivering.....	33
Referenceliste.....	35
Kildesamling på cd-rom.....	38
Bilagsliste.....	39
Bilag 1 .....	40
Bilag 2 .....	41
Bilag 2 .....	46
Bilag 3 .....	47
Bilag 4.....	48

Dette projekt omfatter i alt: **79.162 tegn** inkl. mellemrum.

Heraf: Sophia Hametner Pedersen: 9599 tegn.

Trine Damsted Rasmussen: 9659 tegn.

Forside: Illustration af Lars-Ole Nejstgaard.

## 1. Indledning

.....når man tænker på hvilken omvæltning, det er at blive forældre for første gang. Og så vil jeg bare være mest tryk ved at vide, at jeg kan ringe med en klokke og så kommer der en med forstand på det og hjælper os. Derudover tænker jeg også, at en usikkerhed der for mig ligger i at stå helt alene hjemme i vores lejlighed med sådan et lille menneske, man ikke kender endnu, ville gøre mig meget stresset og utryk, hvilket umuligt kan være et godt udgangspunkt for at få fx amningen til at fungere. (Hejre/gravid fra min-mave.dk, 2011).

Som kommende jordemødre ser vi et problem i, at udviklingen med nedskæringer i indlæggelsestiden efter fødsel skaber utryghed hos de gravide og fødende kvinder. Indlæggelsestiden efter fødsel er faldet markant inden for de seneste år (Statens Institut for Folkesundhed, 2011). Indtil nu har det kun været flergangsfødende, som er udskrevet ambulantly, men som noget nyt er man nu ligeledes på enkelte fødesteder i Danmark begyndt at sende førstegangsfødende med ukompliceret fødsel hjem få timer efter fødslen. Et af de steder, man allerede har implementeret dette, er i Region Syddanmark, hvor ambulantly fødsel<sup>1</sup> for førstegangsfødende blev indført pr. 1/9-2011 (Region Syddanmark, 2011, s. 23-24).

Stigningen i antallet af ambulantly fødsler har skabt stor debat og vakt opsigt i medierne med bl.a. overskrifter som: *Nu skal førstegangsfødende føde ambulantly* (Ritzau, 2010) samt *Flere og flere nyfødte indlægges med ernæringsproblemer* (Kudahl, S., 2012) Et af de store omdrejningspunkter i medierne er, at antallet af genindlæggelser af nyfødte siden 2005 er steget med 16 % på landsplan, samt at andelen af ambulantly kontakter til sygehusene i barselsperioden er steget med 60 %. (Statens Institut for Folkesundhed, 2011).

Kunne man forestille sig, at en stigning i antallet af ambulantly udskrivelser naturligt vil medføre en stigning i kontakten til fødestederne efter fødslen via tilknyttede barselsklinikker, som følge af, at forældrene søger den viden og vejledning de tidligere fik på patienthotellet et andet sted? I et notat fra Danske Regioner fra 28/3-12 hævdes det, at der er tale om en mistolkning af disse tal. Regionerne hævder, at man ikke entydigt kan påvise en direkte sammenhæng mellem en stigning i antallet af ambulantly udskrivelser og antallet af genindlæggelser af nyfødte (Gerstoft F. og Colding, S., 2012).

---

<sup>1</sup> Ambulantly udskrivelse defineres i følge Region Syddanmark inden for 24 timer post partum. (Region Syddanmark, 2011, s. 136)

Vi stiller os derfor undrende overfor, om der er grund til utryghed, eller om den megen kritik i medierne ikke har noget fagligt belæg for at være uforsvarligt?

Den megen kritik og opmærksomhed i medierne har medført en skærpet interesse på politisk plan. Dette har bl.a. givet sig udslag i et høringsudkast med henblik på en revidering af Sundhedsstyrelsens (herefter benævnt SST) kap. 15 Barselsperioden, i *Anbefalinger for Svangreomsorgen* fra 2009 (SST, 2012). Problemet med de tidligere anbefalinger har været, at der fra regionernes side ikke er levet op til bl.a. anbefalingerne om opfølgende jordemoderbesøg i hjemmet efter ambulante fødsler. Formålet med de reviderede anbefalinger er at tydeliggøre ansvarsfordelingen mellem kommuner og regioner og gøre det nemmere at efterleve anbefalingerne.

Udviklingen med nedskæringer i indlæggelsestiden efter fødsel er ligeledes en debat, som har fulgt os gennem hele vores uddannelse. Vi har særligt oplevet denne problematik i forbindelse med samtaler med gravide og deres partner i jordemoderkonsultationen. Mange par føler ligesom den gravide fra det indledende citat usikkerhed og utryghed ved at skulle udskrives ambulante. Vi er blevet mødt med en bekymring og utryghed fra parrenes side med hensyn til hvilke konsekvenser ændringerne i indlæggelsestiden vil få for deres barselsperiode.

Formålet med sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel er ifølge *Anbefalinger for Svangreomsorgen*, at denne periode gennemlevs som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed (SST, 2009, s. 17). Det er ligeledes af stor betydning, at perioden opleves som en meningsfuld og sammenhængende proces (ibid., s.181). Da jordemoderen er en af de primære fagpersoner i svangreomsorgen (ibid., s. 29), mener vi, det er en del af jordemoderens ansvar at sørge for at parrene føler sig trygge i forløbet samt oplever graviditet, fødsel og barsel som meningsfuld og sammenhængende. Vi ser et problem, hvis den stigende tendens til ambulante fødsler hos førstegangsfødende medfører en øget bekymring og utryghed blandt parrene. Hvis parrene oplever bekymring og utryghed, skønner vi ikke, at perioden kan opleves som meningsfuld og sammenhængende og dermed bidrage til sundhedsfremme.

Ifølge Sundhedsloven er det sundhedsvæsenets opgave at fremme sundheden for den enkelte

(LBK nr. 913 af 13/07/2010, kap. 1 § 1), hvilket derved også må betyde, at jordemoderens opgave i forbindelse med ambulante udskrivelser er at bidrage til at fremme sundheden for den enkelte kvinde. En øget bekymring og utryghed stemmer på ingen måde overens med SST's anbefaling om, at der i barselsperioden bør fortsættes en forebyggende og sundhedsfremmende indsats med fokus på at styrke den enkelte families behov og ressourcer med henblik på sundhed, tryghed og trivsel for barn og forældre (SST, 2009, s. 171). Ud fra henholdsvis ovenstående lovgivning og aktuelle anbefalinger er det en af jordemoderens ansvarsområder og fornemste opgaver at sundhedsfremme familien under samtidig hensyntagen til den enkeltes kvindes tryghed og trivsel, da dette er individuel bestemt.

Vi er bevidste om, at det at blive forældre for første gang naturligt vil medføre en usikkerhed og bekymring, idet det er et stort ansvar pludseligt at skulle tage vare på et andet menneske. Vi mener der er forskel på at føle sig naturligt usikker og decideret utryg. At føle utryghed mener vi ikke afspejler ovenstående anbefalinger og lovgivning og vi mener derfor, at vi som jordemødre har et ansvar for at tage hånd om utrygheden. Vi stiller os selv det spørgsmål: Er vi som jordemødre i stand til at fjerne denne utryghed og i så fald hvordan?

Ifølge punkt 5 i *Etiske Retningslinjer for Jordemødre* er jordemoderen forpligtet til at holde sin faglige viden ajour ud fra evidensbaseret forskning med henblik på at kunne yde en optimal omsorg, der imødekommer kvindens behov for tryghed, sikkerhed og medbestemmelse (Iversen, R. et al., 2010, s. 5). Vi mener derfor, at vi er nødt til at optimere vores faglighed og forholde os til nyeste evidensbaseret forskning omkring ambulante udskrivelser for at kunne imødekomme kvindens behov for tryghed i forbindelse med ambulante udskrivelser. Vi undrer os over hvad der skal til for at skabe tryghed for den enkelte kvinde, samt hvordan og med hvilke midler jordemoderen kan opnå indsigt i dette?

Vi er bevidste om, at hvad der skaber tryghed for den enkelte formegentlig er individuelt bestemt. Som jordemødre er vores opgave at favne den enkelte kvinde og forsøge at imødekomme hendes behov for tryghed (SST, 2009, s. 17), således at vi bidrager til, at ambulante udskrivelser opleves som meningsfuldt og sammenhængende fremfor utrygt.

Dette leder os hen på følgende problemformulering:

## 2. Problemformulering

Hvad siger nyeste evidensbaserede forskning omkring sikkerheden ved ambulante udskrivelser, og hvordan kan jordemoderen anvende denne viden til at imødekomme kvindens behov for tryk i forbindelse med ambulante udskrivelser således, at hun bidrager til at skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulante udskrivelse?

### 2.1 Afgrænsning

- I opgaven ønsker vi at afgrænse os til at se på ambulante udskrivelser for førstegangsfødende med ukompliceret fødsel til termin.
- Grundet opgavens omfang har vi valgt udelukkende at fokusere på kvinden i forbindelse med ambulante udskrivelser. Vi er bevidste om, at der ofte er en partner, som spiller en stor rolle, da denne i de fleste tilfælde er den nærmeste ressourceperson for kvinden. Vedkommende kan have en stor indflydelse på kvindens tanker og følelser i forbindelse med ambulante udskrivelser.
- I opgaven tager vi udgangspunkt i ambulante udskrivelser af førstegangsfødende som værende udskrivelse indenfor 24 timer post partum, da det er denne praksis, man udfører i Danmark pt. (Region Syddanmark, 2011, s. 23).

### 2.2 Begrebsafklaring

I det følgende defineres væsentlige begreber af betydning for opgaven.

Coping defineres ud fra bogen *Coping – Manual til kvalitativ mikroanalyse*. Begreberne usikkerhed, utryk og tryk defineres ud fra en nudansk ordbog med etymologiske betegnelser heraf. Begreberne tryk og utryk defineres yderligere ud fra Aron Antonovskys teori omkring Oplevelsen af Sammenhæng (Antonovsky, A., 2000).

- Coping bruges som udtryk for subjektets aktive ageren overfor belastninger (Munk, K. P., 2012, s. 18).
- Usikkerhed betegnes som at være tvivlrådig (Politikken, 2001, s. 1506). Usikkerhed defineres i opgaven som en naturlig følelse som følge af at være blevet mor og skulle udskrives ambulante. Vi skelner således mellem en naturlig usikkerhed og en decideret utryk i forbindelse med ambulante udskrivelser.
- Tryk betegnes som det at føle sig uden for fare eller uden bekymringer = sikkerhed

(Politikken, 2001, s. 1441). Vi definerer yderligere tryghed ud fra at kvinden har mulighed for indsigt i begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, og dermed har Oplevelsen af Sammenhæng, hvilket giver hende forudsætningerne for at cope med utrygheden.

- Utryghed betegnes som det at føle sig urolig eller truet (ibid., s. 1508). Vi definerer yderligere utryghed ud fra manglende indsigt i begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Derved har kvinden ikke oplevelsen af sammenhæng, hvilket giver hende ringere forudsætninger for at cope med utrygheden.

### **3 Mål og formål**

#### **3.1 Mål**

Vores overordnede mål med dette projekt er at undersøge, hvad nyeste evidensbaserede forskning siger omkring sikkerheden ved ambulante udskrivelser set i forhold til mor og barns sundhed og trivsel. Ligeledes er vores mål at give jordemoderen redskaber til, hvorledes hun kan medvirke til, at kvinden opnår forudsætninger for at cope med utrygheden i forbindelse med ambulante udskrivelser. Dette således hun bidrager til, at kvinden oplever den ambulante udskrivelse som tryk, meningsfuld og sammenhængende.

#### **3.2 Formål**

Formålet med projektet er at sætte fokus på den stigende tendens til ambulante udskrivelser af førstegangsfødende, da vi ønsker at forbedre omsorgen for denne gruppe kvinder. På baggrund heraf er formålet at medvirke til en øget, kritisk refleksivitet indenfor jordemoderfaget omkring tilrettelæggelsen af ambulante udskrivelser.

### **4. Teori og metode**

I det følgende afsnit skitseres projektets struktur. Der redegøres og argumenteres for de videnskabssteoretiske overvejelser samt redegøres og begrundes for valg af metode til belysning af problemformuleringen. Der redegøres for litteratursøgning og den dertil hørende udvælgelsesproces. Afslutningsvis beskrives og begrundes valg af kilder samt redegøres for kildernes anvendelse.

#### 4.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Vores problemformulering lægger op til en todeling, hvor første del har et naturvidenskabelig fokus, mens anden del har en mere humanvidenskabelig tilgang til problemet. Vi ønsker at besvare vores problemformulering ved at inddrage såvel natur- som humanvidenskabelige kilder i projektet, for at opnå en nuanceret og fyldestgørende besvarelse.

Den første del af vores problemformulering søger en evidensbaseret vurdering af sikkerheden ved ambulante udskrivelser set i forhold til mor og barns sundhed og trivsel. Denne vurdering fordrer faktuel og objektiv viden på området. Eftersom positivismen søger at beskrive og forklare forhold objektivt gennem årsagsforbindelser (Birkler, 2005, s. 52), og da positivismen er en grundposition indenfor naturvidenskaben (ibid., s. 54), mener vi det er relevant at inddrage naturvidenskabelig kvantitativ forskning til at vurdere eventuelle obstetriske konsekvenser for mor og barns sundhed og trivsel ved ambulante udskrivelser.

Anden del af problemformuleringen omhandler, hvordan jordemoderen kan imødekomme kvindens behov for tryghed, således at hun medvirker til at skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulante udskrivelse. Dette kræver, at vi søger en forståelse for, hvad der subjektivt for den enkelte kvinde er med til at skabe tryghed. For at undersøge dette er det relevant at inddrage humanvidenskabelig kvalitativ forskning, idet denne tager udgangspunkt i mennesket som et bevidst tænkende og følelsesfuldt subjekt og har forståelse af menneskets tanker, følelser og handlinger som genstandsfelt (ibid., 2005, s. 93). Hermeneutikken er en grundposition indenfor humanvidenskaben (ibid., 2005, s. 47) og betyder læren om forståelse. Den tager udgangspunkt i, at forståelse altid formes på baggrund af en for-forståelse, dvs. at det man forstår, forstår man kun på baggrund af det, man forstår i forvejen. Grundtanken er, at der er et cirkulært forhold ml. helhedsforståelse og delforståelse, hvor delene kun forstås på baggrund af helheden og omvendt. Dette betegnes den hermeneutiske cirkel (ibid., s. 98). Ifølge hermeneutikken går vejen til forståelse via dialog, idet dialog skaber vejen til ny viden (ibid., s. 102). Ved at gå i dialog med kvinden omkring hendes utryghed kan jordemoderen ifølge hermeneutikken opnå en forståelse for, hvad kvinden oplever som utrygt. Kvinden kan ligeledes få indsigt i en del af jordemoderens faglige viden. Denne gensidige indsigt i hinandens for-forståelser via dialogen skaber det, hermeneutikken betegner en horisontsammensmeltning (ibid., s. 101-102). På baggrund af ovenstående finder vi det relevant at inddrage humanvidenskabelig forskning.



## **4.2 Redegørelse og begrundelse for valg af metode**

Til besvarelsen af projektets problemformulering har vi valgt at udarbejde et litteraturstudium. Vi har valgt dette, da vi finder den eksisterende litteratur og forskning på området fyldestgørende til at belyse projektets problemstillinger. Vi er bevidste om, at begrænsningerne ved et litteraturstudie er, at den eksisterende litteratur formentlig ikke vil have samme udgangspunkt som vores problemstilling. Dette kræver bevidsthed om at anvende kilderne kritisk, for at sikre kildernes relevans og anvendelighed i forhold til projektets problemformulering (Launsø & Rieper, 2005, s. 116).

## **4.3 Projektets struktur**

I indledningen belyses forskellige aspekter af vores problemstilling omkring ambulante udskrivelser og måder at anskue denne på. Dette har ledt os frem til den problemformulering, som fremover vil være styrende i projektet. Ud fra problemformuleringen udleder vi tre overordnede emner:

- Jordemoderens teoretiske vidensgrundlag omkring sikkerheden ved ambulante udskrivelser.
- Jordemoderens kommunikative færdigheder til at imødekomme kvindens behov for trykthed.
- Jordemoderens forudsætning for at bidrage med meningsfuldhed og sammenhæng.

De tre emner vil blive udfoldet og belyst i projektets præsentations- og analyseafsnit. Herefter følger diskussionen, hvor de forskellige analysefund diskuteres samt efterfølges af en diskussion af egen metode. Afslutningsvis følger en konklusion med besvarelse af vores problemformulering samt efterfølgende perspektivering. (Se strukturdiagram bilag 1).

## **4.4 Redegørelse og begrundelse for valg af kilder**

I nedenstående afsnit vil der foreligge en redegørelse og begrundelse for de valgte kilder. Disse vil blive præsenteret og deres relevans for anvendelse i projektet vil blive begrundet ud fra indhold, validitet og brugbarhed.

#### **4.4.1 Review: Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants**

Til besvarelse af første del af problemformuleringen som omhandler, hvad den nyeste evidensbaserede forskning siger omkring sikkerheden ved ambulat udskrivelse, er det relevant at inddrage reviewet: *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants, herefter benævnt reviewet.*

Reviewet er publiceret af The Cochrane Collaboration i 2009. Formålet med reviewet er at give en vurdering af sikkerheden, indvirkningen og effektiviteten af tidlig udskrivelse for raske mødre og nyfødte til termin, mht. sundhed, velbefindende og tilfredshed hos mor og barn. Endvidere vurderes omkostningerne herved samt den samlede indvirkning på familien (Brown, S. et al., 2009, s. 1).

#### **4.4.2 Skills for Communicating with Patients**

Til at besvare den del af vores problemformulering som omhandler, hvordan jordmoderen kan anvende den evidensbaserede viden til at imødekomme kvindens behov for tryghed, finder vi det relevant for jordmoderen at kommunikere med kvinden omkring, hvad der for hende skaber utryghed omkring ambulat udskrivelse.

På baggrund af dette har vi valgt at inddrage elementer fra kapital 3 og 6 i bogen *Skills for Communicating with Patients* skrevet af Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz og Juliet Draper.

Bogen er bygget op omkring Calgary - Cambridge guiden, herefter betegnet CC-guiden, der er en skematisk kommunikationsmodel, som skitserer konkrete kommunikationsredskaber med formål at effektivisere samt skabe overblik og struktur i samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient i praksis (Silverman et al., 2005, s. 1). Guiden er udarbejdet på baggrund af adskillige, hovedsageligt kvalitative, studiers forskning på området og er således evidensbaseret (Ibid., s. 20). Idet kilden hovedsageligt bygger på kvalitative studier bidrager den med en humanvidenskabelig vinkel til projektet.

For afsnit 4.4.2: Trine Damsted Rasmussen

#### **4.4.3 Oplevelsen af Sammenhæng**

Til besvarelse af vores problemformulering ønsker vi at inddrage kapitel 2 samt enkelte dele fra kapital 6 i Aaron Antonovskys bog *Helbredets mysterium*, som omhandler teorien omkring begrebet Oplevelsen af Sammenhæng, herefter benævnt OAS.

Vi finder teorien om OAS relevant at inddrage, da den illustrerer, hvordan mennesket, ved at opleve sammenhængen i de udfordringer det møder i livet, bliver i stand til at mestre disse. Vi mener, at disse udfordringer kan overføres til enhver kvinde, der venter sit første barn samt til kvinden, der skal udskrives ambulantly. Vi mener at kunne bruge teorien til at forstå, hvilke elementer der skal til, for at kvinden kan opleve sammenhængen i den udfordring, det kan være at skulle udskrives ambulantly. På den måde kan teorien bidrage med nogle redskaber til, hvordan jordmoderen kan medvirke til at kvinden føler meningsfuldhed og sammenhæng, hvilket er formålet med den jordemoderfaglige indsats ifølge *Anbefalinger for Svangreomsorgen* (SST, 2009, s. 17 og s. 181). Med dette som overordnet formål lægger *Anbefalinger for Svangreomsorgen* op til, at jordmoderen skal bidrage med en sundhedsfremmende indsats, hvilket vi mener Antonovskys teori også kan bidrage til. Vi mener, kilden bidrager til at belyse den del af problemformuleringen, som berører, hvordan jordmoderen imødekommer kvindens behov for tryghed, således at hun bidrager til meningsfuldhed og sammenhæng i forbindelse med ambulantly udskrivelse.

Kilden bidrager med en humanvidenskabelig vinkel til projektet, idet Antonovsky med begrebet OAS søger en forståelse af, hvorfor mennesker har forskellige forudsætninger for at takle udfordringer. Teorien bygger på kvalitative studier.

For afsnit 4.4.3: Sophia Hametner Pedersen

#### **4.5 Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning og -udvælgelse**

Der blev indledningsvis søgt bredt for at finde inspiration i form af empirisk materiale og teoretiske referencer, hvorfor litteratursøgningen startede med diverse fritekst- og inspirationssøgninger på Internettet i form af chat-fora og på forskellige interesseorganisationers hjemmesider, så som minmave.dk, politiken.dk, Forældre og fødsel, Jordemoderforeningen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening samt de forskellige hospitalers hjemmesider. Der er anvendt kædesøgning foretaget med udgangspunkt i referencerne i det fundne materiale.

Der er ligeledes foretaget en mere nuanceret og systematisk søgning, hvilket kan ses i vedhæftede DOSIS-guide (se bilag 2). Søgningen er foretaget i relevante videnskabelige databaser. Databaserne PubMed, CINAHL with Full Text samt Cochrane Library blev anvendt,

da disse synes hensigtsmæssige til at finde frem til relevant jordemoderfaglig empiri, idet de refererer til internationale medicinske og sundhedsfaglige tidsskrifter.

Til at finde empiri vedrørende problemformuleringens første del forventedes det at finde flest hits i Cochrane Library, da denne database udelukkende beskæftiger sig med kvantitativ sundhedsvidenskabelig litteratur. Problemformuleringens anden del søgtes besvaret ud fra empiri, som forventedes muligt at finde i CINAHL with Full Text, idet denne databases kerneområde er sygepleje og sundhed, herunder bl.a. jordemoderkundskab. Vi har ligeledes valgt at søge i PubMed, da vi vurderer, at denne database kan bidrage med yderligere relevant litteratur.

Alle de fremkomne hits blev vurderet manuelt i forhold til deres relevans for besvarelse af vores problemformulering. De blev i første omgang vurderet ud fra overskriften, og dernæst, hvis de lød relevante, ud fra deres abstracts eller full text. Hvis kilden fortsat fandtes relevant, blev den fulde artikel gennemlæst, hvilket enten førte til en udvælgelse eller at studiet blev fravalgt. Denne proces førte til udvælgelsen af Cochrane reviewet: *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants* som anvendes som en af primærkilderne i projektet. De øvrige primærkilder er udvalgt med udgangspunkt i pensumlitteratur. Der vedlægges et eksempel på anvendt søgestrategi (se bilag 3).

## 5. Analyse

I det følgende afsnit præsenteres og analyseres de for projektet tre udvalgte primærkilder ud fra projektets overordnede emner.

### 5.1 Jordemoderens teoretiske vidensgrundlag omkring sikkerheden ved ambulante udskrivelser

I det følgende præsenteres og analyseres reviewet med henblik på at opnå besvarelse af første del af vores problemformulering.

Indledningsvis vil der forelægges en præsentation af reviewet samt redegørelse af reviewets inklusions- og eksklusionskriterier hvorefter validiteten vurderes. Afslutningsvis præsenteres analysestrategien og med udgangspunkt i denne analyseres reviewets resultater.

Reviewets resultater er inddelt i 10 temaer (se bilag 4). Vi har valgt at tage udgangspunkt de fem, som vi finder relevante for besvarelsen af vores problemformulering:

- 2: Antal genindlæggelser af nyfødte indenfor otte uger.
- 4: Antal materielle genindlæggelser indenfor seks uger.
- 6: Antal kvinder der ikke ammer inden for otte uger post partum.
- 7: Antal kvinder der har rapporteret ernæringsproblemer med nyfødte.
- 8: Antal kvinder der ikke ammer efter seks måneder post partum (Brown, S. et al, 2009, s. 34).

Vi finder disse temaer relevante, da vi vurderer, at disse emner i højere grad end de resterende 5 er med til at skabe utryghed hos kvinderne i forbindelse med ambulant udskrivelse. De resterende omhandler bl.a. kvindernes tilfredshed samt antallet af kvinder med en mulig fødselsdepression. Vi har en forventning om, at nogle af de parametre, som er med til at gøre kvinderne utrygge, er bekymringer om ikke at få amningen i gang, at barnet ikke får mad nok, tvivl om aflæsning af barnets signaler samt bekymringer om egen helbredstilstand. Ved at undersøge om der er en forskel i forekomsten af neonatale- samt materielle genindlæggelser, ammefrekvens samt nyfødtes ernæringsproblemer ved hhv. tidlig udskrivelse og standard indlæggelse, kan vi opnå en viden omkring sikkerheden ved ambulant udskrivelse, samt om kvinderne rent obstetrisk har grund til utryghed. For at besvare anden del af projektets problemformulering, er vi nødt til at opnå viden omkring ovenstående, idet vi forud antager, at det for nogle kvinder vil kunne imødekomme deres behov for tryghed at få information omkring sikkerheden ved ambulant udskrivelse.

### **5.1.1 Inklusion- og eksklusionskriterier:**

Reviewet bygger på 10 randomiserede kontrollerede forsøg, som alle sammenligner tidlig udskrivelse med standard indlæggelse af raske mødre og nyfødte til termin. I reviewet defineres til termin som GA: 37+0 – 42+0 og inkluderer kun nyfødte til termin med en minimum fødselsvægt på 2500 gram (Brown, S. et al., 2009, s. 4). Studierne er udført i Schweiz, USA, Canada, Spanien og Sverige og publiceret i årene 1962-2005 (ibid., s. 7). Studierne involverer tilsammen 4489 kvinder (ibid., s. 1).

I seks af studierne rekrutteredes og randomiseredes kvinderne i graviditeten, mens de i fire af studierne randomiseredes kvinderne post partum. I tre af de seks studier, hvor randomiseringen

fandt sted i graviditeten anvendtes eksklusionskriterier som: sectio, tangforløsning, præterm fødsel, lav fødselsvægt og andre årsager som nødvendiggjorde længere indlæggelsestid (ibid., s. 8). Disse studiers eksklusionskriterier stemmer overens med, at vi ligeledes i henhold til vores problemformulering kun ønsker at se på tidlig udskrivelse i forhold til ukomplicerede vaginale fødsler, idet det ifølge dansk praksis kun er denne gruppe kvinder, som udskrives ambulant.

Ni af studierne inkluderede kun lav-risiko fødende, mens et af studierne (Brooten) inkluderede kvinder, som havde fået uplanlagt sectio. Vi vælger ikke at inddrage dette studies resultater, idet vi kun ønsker at se på tidlig udskrivelse i forhold til lav-risiko fødende.

Studiepopulationens paritet varierede i de inkluderede studier. Otte af studierne inkluderede både første- og flergangsfødende, et studie (Winterburn) inkluderede udelukkende førstegangsfødende, mens det tiende studie (Yanover) inkluderede første- og andengangsfødende (Brown, S. et al., 2009, s. 7-8).

Definitionerne af tidlig udskrivelse samt standard indlæggelse varierer i de forskellige studier. Fem studier definerer tidlig udskrivelse som mellem 6-48 timer post partum, fire studier mellem 12-72 timer, og i et studie (Smith-Hanrahan) var tidlig udskrivelse defineret som under 60 timer. Årsagen til dette er, at studierne er udført på forskellige tidspunkter og i forskellige lande, og at det der på et givent sted blev defineret som almindelig praksis, et andet sted blev defineret som tidlig udskrivelse (ibid., s. 3).

Der var ligeledes stor variation i studiernes omfang af forberedelse i graviditeten samt efterfølgende hjemmebesøg af jordemoder el. sygeplejerske (ibid., s. 1). Alle studier tilbød dog hjemmebesøg til interventionsgruppen, mens der i seks af studierne kun blev tilbudt hjemmebesøg til interventionsgruppen og ikke samtidig til kontrolgruppen (ibid., s. 9).

Ovenstående demonstrerer, at homogeniteten i de poolede studier er lav. Forskerne havde forud for studier et ønske om at øge homogeniteten, ved at inddele studiets resultater i undergrupper ud fra paritet, fødselsmetode, differentiering i indlæggelsestiden samt øvrige interventioner såsom fødselsforberedelse og efterfølgende hjemmebesøg (ibid., s.7). Denne inddeling fandtes dog ikke mulig.

Vi er opmærksomme på, at denne heterogenitet kan mindske muligheden for at finde klare og ensartede samlede resultater. Vi ser det som et eksempel på, at selv et Cochrane review, der befinder sig øverst i evidenshierarkiet, skal læses med kritiske øjne.

### 5.1.2 Validitet og fejlkilder

Systematiske reviews ligger øverst i evidenshierakiet, hvilket vil sige, at det er højeste klassificeret og svarer til styrke A og evidensgrad 1A (Juil, S., 2012, s. 189). Idet reviewet er fra 2009 og ifølge vores systematiske litteratursøgning var det nyeste materiale på området, samt på baggrund af ovenstående, vurderer vi reviewet som værende den nyeste og højest klassificerede evidensbaserede viden. Reviewet er udarbejdet af Brown S., Small R., Argus B., Davis P. G. og Krastev A., der alle er uddannet indenfor obstetrik og pædiatri, samt beskæftiger sig med forskning indenfor området (Brown, S. et al., 2009, s. 1).

Forskerne har lavet søgning i The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (Dec. 2008), The Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library 2008, Issue 1), MEDLINE (1966 to dec. 2007), CINAHL (1982 to dec. 2007) samt i de enkelte studiers referencelister for at identificere alt relevant litteratur på området (Brown, S. et al., 2009, s. 1). Vi vurderer, at reviewet er relevant, da The Cochrane Library er førende indenfor systematiske reviews om healthcare. The Cochrane Library betegner sig selv som: "the leading source of healthcare, effectiveness reviews" (Hofmeyr, J. G et al., 2008, PREFACE, s. xiii). Ifølge Svend Juul er Cochrane databasen langt den mest omfattende samling af systematiske oversigter, samt der er strenge kvalitetskrav og oversigterne opdateres løbende (Juil, S., 2012, s. 188).

Det er vigtigt at tage højde for såkaldte publikationsbias. Det vil sige, at studier med signifikante resultater har en større chance for at blive publiceret, dette på trods af studiets eventuelle beskedne størrelse. Dette kan skyldes, at forskerne og evt. medicinalfirmaer kan have en faglig eller økonomisk interesse i at få bestemte resultater frem (Wulff, Henrik R. & Gøtzsche, Peter C., 2007, s. 196). Men ved at anvende et Cochrane review mindskes risikoen for publikationsbias i og med at der stilles krav til, at der på forhånd skal udarbejdes en protokol, der beskriver de kvalitetskrav, der stilles til de forsøg, der kan inkluderes (ibid., s. 196).

Reviewets studiepopulation på 4489 kvinder, mener vi styrker den interne validitet, idet en stor studiepopulation bidrager til at gøre resultaterne mere gyldige for den repræsenterede målpopulation (Juil, 2012, s. 135). Vi stiller os dog kritiske over for den interne validitet i forhold til enkelte af analysetemaernes resultater, idet det ikke er alle de inkluderede studier, som kunne bidrage til besvarelsen af hvert af temaerne. Enkelte temaers resultater bygger

derved kun på et lille udsnit af den samlede studiepopulation, hvilket forringer den interne validitet (Juul, 2012, s.135).

En måde hvorpå man kunne have øget den interne validitet indenfor hver af temaerne, var ved at inddrage en større studiepopulation (ibid., s. 21). Forskerne havde på forhånd intentioner om at inddrage en større studiepopulation, men pga. lav tilslutning til studierne, som formentlig skyldes at mange par følte sig usikker ved ikke på forhånd at vide, hvilken gruppe de var randomiseret til og derved, om de skulle være indlagt eller udskrives tidligt efter fødslen, var dette ikke muligt. Dette ser vi som et eksempel på, at det randomiserede kontrollerede forsøg kan have sine begrænsninger indenfor det obstetriske område.

### **5.1.3 Analysestrategi**

Reviewet benytter et konfidensinterval (CI) på 95 % (Brown, S. et al, 2009, s.6), hvilket er det mest almindelige at anvende (Juul S., 2012., s. 77). Dette betyder, at de sande værdier for den samlede målpopulation med 95 % sikkerhed vil ligge indenfor de konfidensintervaller, man har fundet ud fra stikprøver foretaget ud fra studiepopulationen.

Da reviewet i sine analyser anvender relativ risiko (RR) forkastes nulhypotesen, hvis ikke 1 indgår i CI (ibid., s. 75). Reviewets nulhypotese består i, at der ikke er forskel i effekt eller sikkerhed for mor og barns sundhed ud fra henholdsvis tidlig udskrivelse vs. standard indlæggelse. Nulhypotesen er den mest anvendte hypotese at vurdere data ud fra (ibid., s.75).

### **5.1.4 Analyse af resultater**

I forhold til antallet af genindlæggelser af nyfødte inden for otte uger post partum (eksklusiv sectio, Brooten), ses der ikke nogen statistisk signifikant forskel ved henholdsvis tidlig udskrivelse vs. standard indlæggelses, idet RR er 1,74 og 1 indgår i CI på 95 % [0,88, 3.45] (Brown, S. et al, 2009, s. 36). Vi kan således ikke forkaste nulhypotesen.

I forhold til antallet af maternelle genindlæggelser inden for seks uger post partum ses der ikke nogen statistisk signifikant forskel ved henholdsvis tidlig udskrivelse vs. standard indlæggelses, idet RR er 1,29 og 1 indgår i CI på 95 % [0,59, 2,80] (ibid., s. 38). Vi kan således ikke forkaste nulhypotesen.



I forhold til antallet af kvinder der ikke ammer indenfor de første otte uger post partum ses der ikke nogen statistisk signifikant forskel ved henholdsvis tidlig udskrivelse vs. standard indlæggelse, idet RR er 0,90 og 1 indgår i CI på 95 % [0,76, 1,06] (Brown, S. et al, 2009, s. 40). Ved at se nærmere på resultaterne for de enkelte studier ses der ved to af studierne et CI på 95 % hvor 1 ikke indgår, hvilket viser, at der i disse studiers tilfælde er en statistisk signifikant forskel, på antallet af kvinder der ikke ammer indenfor de første otte uger post partum ved tidlig udskrivelse vs. standard indlæggelsestid: Gagnon (1997) har en RR på 0,74 og et CI på 95 % [0,55, 0,99] (ibid., s. 40). 1 indgår således ikke i konfidensintervallet. Hellman (1962) har en RR på 0,90 og et CI på 95 % [0,87, 0,94] (ibid., s. 40). Her indgår 1 heller ikke i konfidensintervallet. Ifølge disse resultater er der statistisk signifikans for, at der er flere af de kvinder, der er udskrevet efter standard indlæggelse, som ikke ammer indenfor de første otte uger post partum. Således favoriseres tidlig udskrivelse i forhold til ammefrekvens i de første otte uger post partum. I forhold til disse studier ser det således ud til at nulhypotesen kan forkastes, men pooles resultaterne sammen med de øvrige seks studier indgår 1 i konfidensintervallet, og studierne resultater er dermed ikke statistisk signifikant, hvilket betyder, at studiets resultater ikke kan regnes for repræsentative for målpopulationen. Nulhypotesen kan derfor heller ikke forkastes her.

For ovenstående afsnit: Trine Damsted Rasmussen

I forhold til antallet af kvinder der rapporterer omkring nyfødtes ernæringsproblemer, så var resultaterne i de 2 inkluderede studier signifikant heterogene. Det ene studie (Boulvain) viste, at der var en statistisk signifikant forskel, idet den RR var på 0,62 og et CI på 95 % [0,46, 0,85] (ibid., s. 41). Dette resultat viser, at der var færre af de kvinder, som blev udskrevet tidligt, som rapporterede omkring nyfødtes trivselsproblemer. Dette resultat favoriserede derved tidlig udskrivelse idet  $RR < 1$ . Det andet studie (Hellman) havde en RR på 1,31 og favoriserede derved standard indlæggelse idet  $RR > 1$ . Her indgik 1 i CI på 95 % [0,88, 1,94] (ibid., s. 41), og resultatet var derved ikke statistisk signifikant. Det samlede resultat for de to studier vidste en RR på 0,89 og favoriserer derved tidlig udskrivelse. Dette resultat er dog ikke statistisk signifikant idet 1 indgår i CI på 95 % [0,43, 1,86] (ibid., 2009., s. 41). Vi kan derfor ikke forkaste nulhypotesen.

For ovenstående afsnit: Sophia Hametner Pedersen

I forhold til antallet af kvinder der ikke ammer efter 6 måneder post partum, ses der ikke nogen statistisk signifikant forskel ved henholdsvis tidlig udskrivelse vs. standard indlæggelse, idet RR er 0,92 og 1 indgår i CI [0,80, 1,05] (Brown, S. et al, 2009., s. 41). Vi kan derfor ikke forkaste nulhypotesen.

Vi forestiller os, at amning er en af de parametre, som mange kvinder er utrygge for ikke vil blive ordentligt etableret, hvis de udskrives ambulantly. I vurderingen af ovenstående resultater bør tilføjes, at alle tre studiers deltagere i gruppen tidlig udskrivelse fik opfølgende hjemmebesøg post partum. Dette kan evt. have haft en indflydelse på resultatet. Vi forestiller os, at resultaterne kunne have set anderledes ud, hvis deltagerne i gruppen, der blev udskrevet tidligt (intervention), ikke havde fået disse hjemmebesøg. Derved ville de kvinder, der gik tidligt hjem, måske have haft en lavere ammefrekvens end dem, som fik standard indlæggelse. Ovenstående resultat er derved under forudsætning af, at de kvinder der udskrives tidligt har fået hjemmebesøg post partum.

### **5.1.5 Opsamling af resultater**

Vi er opmærksomme på, at reviewets resultater bygger på både første- og flergangsfødende og at definitionerne på ambulantly udskrivelse varierer, hvilket kan mindske overførbareheden til besvarelsen af vores problemformulering, idet vi har afgrænset os til kun at se på ambulantly udskrivelse af førstegangsfødende samt ambulantly udskrivelse indenfor 24 timer post partum. Man kunne forestille sig, at reviewets resultater ville have set anderledes ud, hvis studiepopulationen kun bestod af førstegangsfødende. Dette fordi man ofte forventer at flergangsfødende har større erfaring med amning samt at aflæse nyfødtes behov. Omvendt er det vigtigt at have for øje, at fordi man er flergangsfødende, betyder det ikke, at man ikke kan have problemer med amning eller evt. blive genindlagt. Vi mener derfor godt, vi kan forsvare at overføre reviewets resultater til anvendelse i forhold til besvarelse af vores problemformulering.

Vi stiller os kritisk og ydmyg over for overførbareheden af reviewets resultater, men da det bidrager med den nyeste evidens, der foreligger på området, og vi som jordemødre er forpligtet til at arbejde ud fra denne, må vi derfor drage konklusioner på baggrund heraf.

På baggrund af de ovenfor refererede resultater, er der således ingen statistisk signifikant forskel i antallet af neonatale- samt materielle genindlæggelser, rapporteringen af nyfødtes ernæringsproblemer samt ammefrekvens ved hhv. tidlig udskrivelse og standard indlæggelse. Dette er dog under forudsætning af opfølgende hjemmebesøg. I henhold til vores problemformulering kan vi anvende denne evidensbaserede viden til at fortælle kvinden, som er utryk ved at gå hjem ambulantly, at det ikke ser ud som om der er nogen sikkerhedsmæssig risiko for mor og barn forbundet med ambulantly udskrivelse, samt at hun rent obstetrisk ikke har grund til utryghed.

Vi er bevidste om, at utryghed er individuelt bestemt, og at det for nogle kvinder vil skabe tryghed at få indsigt i ovenstående evidensbaserede viden. For den kvinde hvor dette ikke er tilstrækkeligt, er det jordemoderens opgave at udforske hvad der for hende opleves som utrygt og forsøge at indgå i dialog med kvinden omkring dette. Vi vil derfor i det følgende afsnit fokusere særligt på, hvordan jordemoderen kan imødekomme kvindens behov for tryghed bl.a. ved anvendelse af ovenstående evidensbaserede viden og herudfra målrette kommunikationen med den enkelte kvinde.

## **5.2 Jordemoderens kommunikative færdigheder til at imødekomme kvindens behov for tryghed**

I det følgende afsnit vil vi præsentere og analysere udvalgte elementer fra hhv. kapitel 3 og 6 i *Skills for Communicating with Patients*, som vi vil anvende til besvarelse af, hvordan jordemoderen kan imødekomme kvindens behov for tryghed ved ambulantly udskrivelse. Dette for at komme med konkrete handleanvisninger til, hvordan jordemoderen kan kommunikere med kvindens omkring hendes utryghed.

### **5.2.1 Præsentation og analyse af Skills for Communicating with Patients**

Formålet med bogen er, at bidrage med en evidensbaseret tilgang til kommunikationsfærdigheder indenfor sundhedsvæsenet og lægge op til en forbedring af kommunikation mellem sundhedsprofessionel og patient (Silverman et al., 2005, s. 1). Dette, samt at bogens forfattere alle er specialiserede indenfor kommunikationsteorier og underviser samt forsker i kommunikationsfærdigheder indenfor sundhedsvæsenet (ibid., About the authors) gør, at vi finder kilden troværdig og valid.

CC-guiden, som kilden tager afsæt i, beskriver forløbet helt fra den indledende fase af mødet med patienten til afslutningen af samtalen. Vi finder hele guiden yderst relevant, men har af hensyn til opgavens omfang, valgt at fokusere på udvalgte dele af guiden. Bogens kapitel 3 omhandler den del af samtalen, hvor den sundhedsprofessionelle udforsker patientens perspektiv med udgangspunkt i indsamling af information. Kapitel 6 tager udgangspunkt i den del af samtalen, hvor den sundhedsprofessionelle med udgangspunkt i patienten informerer om og planlægger det kommende behandlingsforløb, i vores tilfælde ambulante udskrivelse. Vi finder det i henhold til vores problemformulering særligt relevant at gå i dybden med nedenstående to udvalgte punkter fra hhv. kapitel 3 og kapitel 6.

Punkterne er henholdsvis: *Exploration of patient's problems* og *Additional skills for understanding the patient's perspective* (kapitel 3) samt *Providing the correct amount and type of information* og *Aiding accurate recall and understanding* (kapitel 6) (Silverman et al., 2005, s. 70-71 samt 147).

Vi ønsker at udforske, hvad der ligger til grund for kvindens utryghed for derudfra at kunne bidrage med den rette information. Derfor finder vi det relevant at opbygge vores kommunikation med kvinden omkring disse punkter. Da det er individuelt, hvordan en samtale omkring ambulante udskrivelse vil udforme sig i praksis, vælger vi at tage udgangspunkt i en konstrueret samtale mellem jordemoderen og den gravide fra min-mave.dk, (fra det indledende citat i indledningen), der udtrykker utryghed ved at skulle udskrives ambulante. Den konstruerede samtale udspiller sig i jordemoderkonsultationen, hvor kvinden udtrykker utryghed i forbindelse med at skulle udskrives ambulante.

Vi ønsker at demonstrere, hvorledes de konkrete elementer i CC-guiden kan udspille sig som kommunikationsfærdigheder i praksis og hjælpe jordemoderens til at imødekomme kvindens behov for tryghed.

### **5.2.3 Exploration of patient's problems og Additional skills for understanding the patient's perspective**

Punkterne beskriver, hvordan den sundhedsprofessionelle kan udforske patientens problem og tilskynde patienten til at uddybe problemet ved at anvende åbne såvel som lukkede spørgsmål, lytte opmærksomt samt hjælpe patientens svar på vej ved at bruge imødekommende

kropssprog og pauser. Ligeledes er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle er opmærksom på at udforske patientens verbale og nonverbale signaler og jævnligt opsummere for at sikre sig at have forstået patientens problem korrekt. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle anvender tydeligt letforståeligt sprog samt forklaring af fagudtryk, hvis disse anvendes (Silverman et al., 2005, s. 70-71).

Yderligere beskriver punkterne færdigheder til at forstå patientens perspektiv ved aktivt at undersøge patientens opfattelse, bekymringer og forventninger i forbindelse med problemet, samt hvilken indvirkning problemet har på patientens liv. Den sundhedsprofessionelle bør ifølge CC-guiden opfordre patienten til at udtrykke sine følelser omkring problemet (ibid., s. 70-71).

Analyserer vi punkterne ud fra ovenstående præsentation, forestiller vi os jordemoderen kunne svare følgende: *"Du fortæller mig, at du er utryg ved at skulle udskrives tidligt efter fødslen. Kan du beskrive lidt nærmere hvad det er, der gør dig utryg?"* Vi analyserer, at jordemoderen med denne sætning tilskynder kvinden til at uddybe, hvad der for hende opleves som utrygt ved at skulle udskrives ambulantly. Ligeledes er spørgsmålet formuleret som et åbent spørgsmål hvilket fordrer, at jordemoderen ikke på forhånd antager hvad der gør kvinden utryg, men opfordrer kvinden til at komme med sin egen fremstilling. For at give kvinden mulighed for at overveje sine svar er det her vigtigt, at jordemoderen lytter opmærksomt og holder passende pauser. Dette kan hun understøtte ved at være bevidst omkring, hvad hun nonverbalt signalerer i form af sit kropssprog. For at kvinden føler sig tryk ved at komme med sin fremstilling er det vigtigt, at jordemoderen udstråler imødekommenhed.

Med udgangspunkt i kvinden fra det indledende citat i vores indledning forestiller vi os, hun svarer: *"Det gør mig utryg, at jeg ikke har prøvet at have ansvaret for et spædbarn før. Jeg er utryg ved om jeg vil kunne aflæse mit barns signaler og vide om det får nok at spise?"*

Det er ifølge CC-guiden vigtigt at jordemoderen er opmærksom på kvindens verbale- og nonverbale signaler og herudfra undersøger og bekræfter kvindens udsagn på en passende måde. Vi forestiller os, at en utryk kvinde vil anvende et lukket kropssprog eksempelvis siddende med armene over kors for at beskytte sig selv samt med en ansigtsmimik, der udtrykker bekymring, utilpashed og frygt. For at kvinden føler sig imødekommet på en empatisk måde og har lyst til at fortsætte samtalen, er det vigtigt, at jordemoderen signalerer

åbenhed, empati og forståelse. Dette kan hun gøre ved eksempelvis at læne sig fremover mod kvinden, have åbent kropssprog ved ikke at have armene over kors, nikke anerkendende og bruge pauser, redundans og parafrasering. Jordemoderen bør ligeledes søge en tydeliggørelse af patientens udsagn samt opsummere om hun har forstået hende korrekt, ved at bede kvinden uddybe sit udsagn yderligere. Det kan hun gøre på følgende måde: *”Jeg hører dig sige at du er utryg ved om du kan aflæse dit barns signaler og om det får nok at spise. Kan du beskrive lidt nærmere for mig, hvad du mener med dette?”*

Kvinden svarer: *”altså jeg har ikke stor erfaring med spædbørn, og jeg er usikker på, om jeg ved hvad det vil, når det græder; er det fordi det er sulten, og hvordan ved jeg overhovedet om det får mad nok. Jeg vil nok bare være mest tryk ved, at der var nogen, der kunne hjælpe mig i de første dage?”*

Kvindens svar viser, at jordemoderen har formået at udforske kvindens perspektiv og indsamlet information omkring hvad der gør hende utryk ved at skulle udskrives ambulantly. For at jordemoderen kan hjælpe kvinden videre herfra, er det nødvendigt, at hun i sin information til kvinden tager udgangspunkt i det, kvinden har givet udtryk for gør hende utryk ved ambulantly udskrivelse. Hertil kan hun inddrage sin evidensbaserede faglige viden. Måden hertil beskrives yderligere i de udvalgte punkter fra kapitel 6.

For afsnit 5.2.3: Sophia Hametner Pedersen

#### **5.2.4 Providing the correct amount and type of information og Aiding accurate recall and understanding**

Punkterne beskriver hvordan den sundhedsprofessionelle kan fremlægge den korrekte type og mængde af information til patienten, samt hvordan denne gives, således at den gøres forståelig for patienten uden brug af fagudtryk (Silverman et al., 2005, s. 147).

Ifølge CC-guiden bør den sundhedsprofessionelle give informationen i forståelige klumper, tjekke patientens forståelse heraf samt bruge patientens svar som udgangspunkt for, hvordan yderligere information skal gives (ibid., s. 158). Det er ligeledes vigtigt at give informationen på passende tidspunkter samt spørge ind til, om der er anden information patienten har brug for (ibid., s. 157).

Målet er, at den sundhedsprofessionelle, ved at spørge ind til hvad patienten har behov for at vide, kan målrette sin information til den enkelte patient, således informationen bliver

fyldstgørende og individuel. Den sundhedsprofessionelle bør ikke på forhånd antage, hvad det er for en information patienten har behov for at få indsigt i for at forstå sit problem. Det er patientens behov der skal være styrende for informationsgivningen (Silverman et al., 2005, s. 151).

Derudover er målet i punktet: Aiding accurate recall and understanding, at den sundhedsprofessionelle skal gøre informationen lettere for patienten at huske og forstå ved f.eks. at inddele informationen i adskilte dele i en logisk rækkefølge ved hjælp af kategorisering og markører (ibid., s. 147). Ifølge CC-guiden kan den sundhedsprofessionelle i samtalen ligeledes inddrage og informere med udgangspunkt i eksempelvis skriftligt materiale for at fremme forståelsen af den information der gives. Det er ligeledes væsentligt at overveje gentagelser og opsummering for at støtte formidlingen (ibid., s. 147).

Analyserer vi punkterne i forhold til kvinden, som ifølge vores konstruerede samtale er utryg ved, om hun selv vil være i stand til at aflæse om hendes barn får mad nok, hvis hun udskrives ambulat, mener vi jordemoderen kunne svare: *"Jeg kan forstå, at det, som gør dig utryg ved at skulle udskrives tidligt efter fødslen, bl.a. er usikkerhed ved, om du ved, hvornår dit barn har fået nok at spise. Jeg vil gerne fortælle dig noget om, hvordan man sikrer sig, at et barn har fået nok at spise. Men for ikke at fortælle dig en masse, du allerede ved, vil jeg gerne have dig til at fortælle mig, hvad du allerede ved omkring dette"*

Ved at spørge på denne måde antager jordemoderen ikke på forhånd, hvilken information kvinden har behov for, men lægger det op til kvinden, hvad der er relevant for hende.

Kvinden: *"Jeg ved ikke så meget omkring det. Jeg kunne bare godt tænke mig at høre, hvad du mener, der er relevant for mig at vide."*

Jordemoderen; *"Allerførst kan jeg berolige dig med, at den nyeste forskning, ikke tyder på, at der er nogen forskel i hvor lang tid man ammer samt i antallet af kvinder, der har henvendt sig med nyfødtes ernæringsproblemer i henhold til om man har været indlagt efter fødslen eller er udskrevet tidligt. Altså ser det ikke ud til at kvinder der udskrives tidligt efter fødslen har haft sværere ved henholdsvis at amme samt haft ernæringsproblemer med deres nyfødte". [Pause].*

Jordemoderen giver kvinden mulighed for at komme med indvendinger samt at stille uddybende spørgsmål. Eksemplet viser desuden, hvordan jordemoderen anvender et let forståeligt sprog uden brug af fagudtryk.

Jordemoderen fortsætter: *"Men jeg kan godt forstå, at du føler usikkerhed omkring at skulle*

*aflæse dit barns signaler og afgøre hvornår det får nok at spise. Det, tænker jeg, er meget naturligt som kommende, nybagt mor, og det er noget du hurtigt vil lære at aflæse, når du lærer dit barn at kende. Med hensyn til din usikkerhed omkring hvordan du aflæser, om dit barn får nok at spise, vil jeg bl.a. gerne fortælle dig noget omkring korrekt sutteteknik i forhold til en velfungerende amning. Jeg vil ligeledes gerne fortælle dig noget om, hvordan man ved at tjekke barnets ble, kan vurdere om det får nok at spise, da jeg tænker denne viden ville kunne hjælpe dig til at aflæse om dit barn får nok at spise". [Pause] Kvinden nikker samtykkende.*

Vi tolker, at jordemoderen herefter på en hensigtsmæssig og overskuelig måde, ud fra sin faglige viden, kan give kvinden information omkring korrekt sutteteknik samt hvordan man ud fra tjek af barnets ble kan vurdere, om barnet får nok at spise. En uddybning af den konkrete information vil vi ikke komme nærmere ind på her, men nævne at denne bør gives i små mængder ved hjælp af kategorisering samt visualiserende formidling. Vi forestiller os jordemoderen kan gøre formidlingen mere visuel vha. SST's pjece *Tjek bleen* samt pjecer omkring amning.

Kvindens respons på ovenstående: *"Okay, det gør mig mere tryk at høre dig fortælle det. Men jeg må altså indrømme, at jeg stadig er usikker på, om jeg kan aflæse om mit barn får nok at spise".*

Jordemoderen svarer: *" Det kan jeg godt forstå. Men du skal vide, at hvis du på nogen måde bliver utryk ved om dit barn får nok at spise samt om det trives, så er du altid mere end velkommen til at kontakte fødestedet og bruge os til vejledning og støtte".*

Vi tolker, at ovenstående formulering illustrerer at jordemoderen formår at håndtere kvindens utryghed og på baggrund af dette kommer med konkrete handleanvisninger ud fra den givne information samt individuel vejledning.

For afsnit 5.2.4: Trine Damsted Rasmussen

### **5.2.5 Opsamlende analysefund**

Vi mener ud fra ovenstående analyser, at jordemoderen i den konstruerede samtale, formår at få kvinden til at beskrive sin utryghed og bekymring omkring at skulle udskrives ambulant. Jordemoderen anerkender kvindens utryghed og bidrager med for kvinden relevant information i forsøg på at minimere utrygheden. Det gør hun bl.a. ved at anvende sin faglige



evidensbaserede viden.

Vi ønsker nu at undersøge yderligere, hvordan jordmoderen kan bidrage med at skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulante udskrivelse.

### 5.3 Jordmoderens forudsætning for at bidrage med meningsfuldhed og sammenhæng

Vi vil i det følgende præsentere Antonovskys teori omkring Oplevelsen af Sammenhæng (OAS)<sup>2</sup> og ud fra dette analysere, hvordan jordmoderen kan bidrage til at skabe meningsfuldhed og sammenhæng for kvinden i forbindelse med ambulante udskrivelse.

#### 5.3.1 Præsentation af Oplevelsen af Sammenhæng

Gennem livet udsættes man konstant for stimuli, som man er tvunget til at reagere på (Antonovsky, 2000, s. 146). Hvorvidt disse stimuli opfattes som stressende afhænger af styrken af OAS. En person med en stærk OAS vil automatisk kunne tilpasse sig de krav stimuli stiller og opfatte dem som ikke-stressende. Hvis stimuli opleves som stressende, vil personen med en høj grad af OAS forstå stimuli som irrelevante og kortvarige (ibid., s. 149).

Stressfaktorer defineres som "krav, der ikke er nogen umiddelbar eller automatisk adaptiv på" (ibid., s. 46). Antonovsky skelner mellem tre typer af stressfaktorer; i henhold til besvarelse af vores problemformulering vælger vi kun at præsentere stressfaktorer i forbindelse med væsentlige livsbegivenheder. Disse er afgørende hændelser som eks. et familiemedlems død, en skilsmisse, at blive fyret fra sit arbejde eller en familieførøgelse. Selv når sådanne begivenheder er forventelige og indtræffer på det "rigtige" tidspunkt, er de lig med definitionen af en stressfaktor som et krav, der ikke er nogen automatisk respons på. Det vigtige ved en sådan begivenhed er ikke selve begivenheden, men de mange konsekvenser den har (ibid., s. 47-48). Hvorvidt man har ressourcerne til at håndtere ovenstående stimuli og stressfaktorer afhænger af, om man er i besiddelse af elementerne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, da disse tilsammen udgør OAS.

---

<sup>2</sup> Antonovskys term er *sense of coherence* (SOC). Det engelske ord *sense* omfatter fænomener af en mere kognitiv og affektiv karakter, der ikke på samme måde udtrykkes med det danske ord *oplevelse*. En nøjagtigere oversættelse ville kunne opnås ved at veksle mellem ordene *oplevelse*, *følelse* og *fornemmelse*, men dette ville ikke være foreneligt med Antonovskys brug af et samlet begreb, SOC. Læseren bedes holde sig denne bredere forståelse af ordet *oplevelse* for øje (Antonovsky, 2000, s. 13).

Elementet begribelighed beskæftiger sig med, i hvilket omfang man er i stand til kognitivt at strukturere og forklare de stimuli, man udsættes for, således at de opleves som forudsigelige og kan passes ind i en sammenhæng samt forklares (Antonovsky, 2000, s. 34-35).

Håndterbarhed er afhængig af ens tiltro til problemløsning, egne evner og færdigheder, samt tilliden til, at man kan finde hjælpemuligheder og modstandsressourcer i sit sociale netværk og ud fra egne erfaringer. Når en person er i stand til at samle modstandsressourcer, der kan modsvare de stimuli personen udsættes for, er det et udtryk for en stærk oplevelse af håndterbarhed (ibid., s. 35-36).

Meningsfuldhed et udtryk for ens grundlæggende indstilling til livet og kaldes selve OAS's motivationselement. Opleves de stimuli, man udsættes for i livet, som motiverende udfordringer, der er værd at investere energi og engagement i, fremfor byrder, man hellere ville være foruden, er det et udtryk for høj oplevelse af meningsfuldhed. Det betyder dog ikke, at en person med høj oplevelse af meningsfuldhed nødvendigvis glæder sig over disse udfordringer (ibid. s. 36-37).

For at have en høj grad af OAS er det ifølge Antonovsky nødvendigt at være i besiddelse af alle tre elementer. Der vil dog næsten altid være en difference i styrkerne mellem dem, hvorfor styrkeniveauerne og deres relevans i den givne situation skal vejes op mod hinanden, før det kan vurderes, om personen besidder OAS og i hvilken grad (ibid., s. 37-40). Graden af OAS afhænger af hvilken placering på OAS-kontinuet som den enkelte har opnået på baggrund af sine hidtil livsbegivenheder samt livsoplevelsesmønstre (ibid., s. 145). Vi vil ikke her gå yderligere ind i en analyse af begreberne høj vs. lav OAS, men de er her præsenteret for at kunne inddrages i diskussionen.

### **5.3.2 Analyse af Oplevelsen af sammenhæng**

Benytter vi OAS i henhold til vores problemformulering, analyserer vi kvindens utryghed ved at skulle udskrives ambulantly, som et udtryk for hun ikke har OAS. Hendes væsentlige livsbegivenhed er, at hun er gravid, og hendes stressfaktor er udløst af, at hun er utryg ved at skulle udskrives ambulantly. I henhold til vores problemformulering er jordemoderens opgave at bidrage til, at kvinden oplever OAS i forbindelse med ambulantly udskrivelse. Vi ønsker ud fra Antonovskys teori at belyse, hvordan jordemoderen kan give kvinden forudsætningerne for begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

**Begribelighed:** Vi tolker, at jordemoderen, for at kvinden kan opleve begribelighed ved ambulat udskrivelse, skal forsøge at gøre det forudsigeligt for kvinden, hvordan hun kan forvente, en ambulat udskrivelses vil forløbe. Hun skal give kvinden noget viden, der kan medvirke til at forberede hende på de begivenheder, der ligger forud. Jordemoderen skal hjælpe kvinden til at identificere og erkende egne ressourcer samt afstemme forventninger. I henhold til ambulat udskrivelse tolker vi, at det kan gøres begribeligt for kvinden ved i konsultationssamtalen, at give hende noget viden omkring for eksempel amning, tolkning af et spædbarns signaler, et realistisk billede af en hverdag med et spædbarn, således at det kvinden kan opleve i forbindelse med den ambulante udskrivelse er forudsigeligt.

Vi mener ligeledes kombineret fødsels- og barselsforberedelse, hvor barselsforberedelsen specifikt er tilrettelagt med henblik på, at skulle udskrives ambulat, vil være et godt supplement til samtalen i konsultationen, idet der her er mulighed for at komme nærmere ind på den for kvinden relevant viden til at gøre den ambulante udskrivelse mere forudsigelig og dermed begribelig.

For afsnittet Begribelighed: Sophia Hametner Pedersen

**Håndterbarhed:** Vi tolker, at kvinden for at opleve håndterbarhed har brug for at have den grundlæggende tiltro til, at hun har ressourcerne til at reagere på de udfordringer, hun vil kunne stå over for i forbindelse med ambulat udskrivelse. Et eksempel på sådanne udfordringer kunne som førnævnte eksempel omhandle usikkerhed omkring amning samt tolkning af barnets signaler. Det kan eksempelvis også omhandle en bekymring omkring egen heldbredstilstand ang. fx post partum blødning eller opheling efter suturering. For at have ressourcerne til at kunne takle uforudsigelige udfordringer, er det afgørende for kvinden, at have en viden omkring hvad der er normalt, og hvornår det afviger herfra, således hun kan skelne mellem, hvad hun selv kan håndtere, og hvornår hun har behov for andres hjælp og støtte.

En anden afgørende parameter for, at kvinden kan opleve håndterbarhed, er, at hun har nogle ressourcepersoner omkring sig, som hun kan trække på. Det er vigtigt, at denne person er en som kvinden har tillid og tiltro til. Den mest oplagte vil være kvindens partner, men det kan ligeledes være nærtstående familiemedlemmer såsom kvindens mor eller søster samt andet netværk. Vi tolker ligeledes, at det i vores tilfælde kan være alternative støttepersoner i form

af kontakt til Mødrehjælpen osv., samt relevant fagpersonale såsom jordemoder, læge og sundhedsplejerske, som kvinden kan tage kontakt til. Det afgørende for håndterbarheden er, at kvinden ved, der står ressourcpersoner til rådighed, som hun kan søge støtte og sparring hos, hvis hun føler behov for dette.

For afsnittet Håndterbarhed: Trine Damsted Rasmussen

**Meningsfuldhed:** Vi tolker, at for at kvinden kan opleve meningsfuldhed i forbindelse med ambulante udskrivelser, så skal hun føle delagtighed. Hun skal kunne se en mening i at skulle udskrives ambulante frem for at se det som en byrde. Kvinden skal føle, det er værd at investere i de udfordringer, det fører med sig at være blevet mor til et lille spædbarn. Hun skal kunne se meningen i at tilsidesætte sine egne basale behov for at tilgodese barnets. På trods af sårede brystvorter, søvnunderskud og udmattelse skal hun for at opleve meningsfuldheden grundlæggende glæde sig over disse udfordringer og ikke se dem som byrder, hun hellere ville have været foruden, idet glæden over at have fået et barn i de flestes tilfælde overskygger de udfordringer der følger med.

Jordemoderen vil kunne opleve at sidde over for kvinder, for hvem det at se meningsfuldheden i ambulante udskrivelser er en større opgave end hos andre. Dette gør sig gældende hos kvinder, som ikke føler en gennemgribende glæde over graviditeten og derfor ikke føler det som meningsfyldt at investere i de udfordringer, der følger med. Eksempler på dette kunne være den unge kvinde, der er blevet uplanlagt gravid, kvinden der har været plaget af hyperemesis siden uge 6 eller kvinden, som fornylig har mistet et familiemedlem. For denne kvinde forestiller vi os, det kan være en byrde at skulle udskrives ambulante.

For afsnittet Meningsfuldhed: Sophia Hametner Pedersen

### 5.3.3 Opsamlende analysefund

Ud fra ovenstående tolker vi, at forudsætningerne for at jordemoderen kan bidrage til at skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulante udskrivelse er afgørende, at kvinden har OAS. Jordemoderen kan ikke give kvinden OAS, men hun kan bidrage med forudsætningerne for de tre elementer, som tilsammen skaber OAS.

Jordemoderen kan bidrage til dette ved at gøre den ambulante udskrivelse forudsigelig i form af viden og forberedelse, hvilket giver kvinden tiltro til, at hun har ressourcerne til at håndtere de udfordringer, det indebærer at skulle udskrives ambulante og dermed håndterbarheden.

Meningsfuldheden er et af de elementer, som for jordemoderen kan være en af de største udfordringer at bidrage til. Jordemoderen bør dog forsøge ved at støtte og rådgive kvinden og forsøge at få hende til at se meningen med at investere i de udfordringer, den ambulante udskrivelse fører med sig og derved give kvinden lyst til delagtiggørelse.

I henhold til vores problemformulering tolker vi ud fra ovenstående analyse, at for at jordemoderen kan imødekomme kvindens behov for tryghed ved ambulante udskrivelser, skal kvinden kunne cope med utrygheden.

Det afgørende for, hvorfor vi i projektet valgte at undersøge sikkerheden ved ambulante udskrivelser, var for at kunne give en vurdering af om stigningen i neonatale genindlæggelser og ambulante besøg, kunne bakkes op af nyeste forskning.

## **6. Diskussion**

I følgende vil vi diskutere analysefundene i forhold til besvarelse af vores problemformulering. Afslutningsvis vil vi diskutere valg af egen metode med henblik på dennes egnethed til besvarelse af problemformuleringen.

### **6.1 Forudsætninger for sikkerheden ved ambulante udskrivelser**

Som fagpersoner følte vi os nødsaget til at undersøge, om kvindernes utryghed og bekymring er opstået på et falsk grundlag, hvis det ifølge forskningen viser sig, at mediernes fremlagte konsekvenser ikke har noget fagligt belæg?

I vores analyse af reviewet fandt vi frem til, at der ikke var nogen statistisk signifikant forskel i antallet af neonatale- samt materielle genindlæggelser, rapporteringen af nyfødtes ernæringsproblemer samt ammefrekvens efter hhv. tidlig udskrivelse og standard indlæggelse (Brown, S. et al., 2009, s. 36, 38, 40 og 41). I henhold til dette føler vi os nu i stand til på et fagligt grundlag at udtale os om, at der ikke ser ud til at være nogen forøget sikkerhedsrisiko for hverken mor eller barn ved at blive udskrevet ambulante, samt at kvinden rent obstetrisk har grund til utryghed. Dette er dog med forbehold for, at ambulante udskrivelser opfølges af hjemmebesøg, idet reviewets resultater var under forudsætning af dette. For at kunne anvende denne evidensbaserede viden til at skabe tryghed for kvinden, er det derved under forudsætning af, at vi kan sikre hende et tilbud om hjemmebesøg post partum. Denne beslutning ligger dog ikke hos den enkelte jordemoder, men tages på et højere politisk plan,

idet det er de enkelte regioner, som afgør, hvordan pengene på det obstetriske område skal tildeles og udnyttes, og derved også hvilke tilbud der udbydes.

SST har hidtil anbefalet minimum et hjemmebesøg til kvinder, som har født ambulantly, men denne anbefaling er af mange regioner ikke blevet efterlevet i praksis. På baggrund af dette, samt at Region Syddanmark i september 2011 ligeledes begyndte at sende førstegangsfødende hjem ambulantly (Region Syddanmark, 2011), udsendte SST i maj 2012 et høringsudkast til en revidering i anbefalingerne på barselsområdet. I høringsudkastet pointerer SST, at førstegangsfødende efter ambulantly fødsel som minimum bør tilbydes et hjemmebesøg post partum samt fødselsforberedelse i graviditeten (SST, 2012). Den nyeste evidensbaserede forskning på området bakkes derved op i SST's høringsudkast. Et yderligere argument er, at fødsels- og barselsforberedelse samt opfølgende hjemmebesøg i henhold til vores analyse af Antonovsky kan være med til at gøre ambulantly udskrivelse mere forudsigeligt og derved styrke kvindens forudsætninger for OAS.

Som jordemødre mener vi i henhold til ovenstående ikke, at vi kan forsvare overfor kvinden, at ambulantly udskrivelse er en sikker løsning for hende og hendes barn, hvis ikke vi samtidig kan love hende et opfølgende hjemmebesøg. Vi undrer os ud fra ovenstående over, hvorfor man ikke i praksis efterlever at tilbyde hjemmebesøg til kvinder, der har født ambulantly?

Vi forestiller os, at det der skal til for at anbefalinger og forskning efterleves i praksis er, at der udarbejdes yderligere forskning på området, som er direkte overførbart til danske forhold. Vi finder det derfor fordelagtigt med nyere forskning, for at vi som jordemødre kan stå inde for kvaliteten af ambulantly udskrivelse og være fortalere for ambulantly udskrivelse som et sikkert og trygt alternativ.

## **6.2 Kommunikation om tryghed i forbindelse med ambulantly udskrivelse i jordemoderkonsultationen**

Ud fra vores analyse af de udvalgte punkter fra CC-guiden fandt vi frem til, at jordemoderen, med de rette kommunikationsteknikker og anvendelse af opdateret faglig viden, kan imødekomme kvindens behov for tryghed i forbindelse med ambulantly udskrivelse. Vi stiller os dog kritiske overfor, om jordemoderens opgave med at skabe tryghed for kvinden omkring ambulantly udskrivelse kan nås på den sparsomme tid, der er til rådighed ved basis jordemoderkonsultationer, som er det der tilbydes til ukomplicerede førstegangsfødende. Vi sætter spørgsmålstegn ved, om det er realistisk at imødekomme kvindens behov for tryghed

ved ambulat udskrivelse gennem en konsultation på 20-30 min. Der er mange emner, som jordemoderen bør tage op i konsultationen og informere den gravide om, for at forberede hende på at skulle udskrives ambulat bl.a. evidensbaseret viden omkring sikkerheden ved ambulat udskrivelse. Men dette er formodentlig ikke tilstrækkeligt for alle kvinder. En førstegangsfødende kvinde har formegentlig ikke samme referenceramme som en flergangsfødende, i og med hun ikke har tidligere erfaringer at trække på. Vi mener derfor ikke, forberedelsen på ambulat udskrivelse kan begrænse sig til jordemoderkonsultationen alene, men at denne bør suppleres med fødsels- og barselsforberedelse med særlig henblik på at skulle udskrives ambulat. Dette stemmer ligeledes overens med vores analyse af Antonovsky, idet vi her fandt frem til, at jordemoderen for at imødekomme kvindens behov for tryghed og bidrage med meningsfuldhed og sammenhæng skal give hende forudsætningerne for begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. I henhold til ovenstående stemmer dette overens med at forudsætningen for begribelighed er forudsigelighed, som i dette tilfælde er fødsels- og barselsforberedelse og individuel samtale og vejledning i konsultationen i løbet af graviditeten.

### **6.3 Forudsætninger for at cope med utrygheden i forbindelse med ambulat udskrivelse**

Vi stiller os kritiske overfor, om jordemoderen i alle tilfælde vil kunne imødekomme kvindens behov for tryghed. Ud fra vores analysefund af Antonovsky kan jordemoderen medvirke til at kvinden får forudsætningerne for begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, således at hun kan opnå OAS i forbindelse med ambulat udskrivelse. Vi sætter spørgsmålstegn ved, om jordemoderen i lige høj grad vil kunne bidrage til dette over for alle førstegangsfødende, som er utrygge ved at skulle udskrives ambulat? Der kan være grupper af gravide, som det for jordemoderen er svære at give forudsætningerne for begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed i og med udgangspunktet for deres placering på OAS-kontinuet afhænger af de livsbegivenheder samt livsoplevelsesmønstre, der ligger forud (Antonovsky, 2000, s. 145). Ud fra ovenstående mener vi, at der er kvinder som jordemoderen har bedre forudsætninger for at give begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, således at disse opnår OAS i høj grad og herudfra kan cope med utrygheden i forbindelse med ambulat udskrivelse. Det vil formentlig være ressourcestærke kvinder, som allerede har en del af forudsætningerne for begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, i og med de eksempelvis har et stort

netværk og venter "ønskebarnet". Disse kvinder har på forhånd forudsætninger for håndterbarhed og meningsfuldhed. Men måske bunder hendes utryghed i, at hun har lave forudsætninger for begribelighed, i og med hun mangler forudsigeligheden i forhold til ambulat udskrivelse. Her vil jordemoderen kunne imødekomme kvindens behov for tryghed ved at bidrage med viden omkring, hvordan den ambulante udskrivelse vil forløbe, håndtering af et spændbarn, amning m.v., da det er netop det, hendes utryghed bunder i. I dette tilfælde er det realistisk, at jordemoderen kan bidrage til at skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulat udskrivelse.

Udfordringen for jordemoderen ligger hos den kvinde, som har en grundlæggende lav OAS. Kvinden, som har et lille netværk og derved få personer at søge støtte hos, kan have sværere ved at opnå håndterbarhed. For denne kvinde vil fødsels- og barselsforberedelse samt opfølgende hjemmebesøg formegentlig være særligt afgørende, da den hjælp og støtte hun kan få fra relevant fagpersonale via ambulat kontakt evt. i form af telefonopringninger til fødestedet muligvis ikke vil være tilstrækkeligt for at opnå tryghed ved ambulat udskrivelse. Kvinden, som ikke føler glæde og mening med graviditeten, kan ligeledes have svært ved at se meningsfuldheden med ambulat udskrivelse.

Der vil dermed være kvinder, for hvem det at blive udskrevet ambulat ikke synes hensigtsmæssigt, idet kombinationen af kvindens generelle livsbetingelser samt den tidstrukturen i den danske svangreomsorg tillader, ikke fordrer at jordemoderen kan "nå" at imødekomme kvindens behov for tryghed i forbindelse med ambulat udskrivelse. Hos denne kvinde vil den optimale løsning formegentlig være de oprindelige 48 timers indlæggelse fremfor at skulle udskrives ambulat.

Målet er således ikke at alle førstegangsfødende kvinder skal udskrives ambulat. Vi tænker målet må være, at jordemoderen ud fra den praksis, der foreligger, differentierer sin indsats i forsøg på at imødekomme den enkelte kvindes behov for tryghed i forbindelse med ambulat udskrivelse. På trods af at praksis evt. fordrer, at kvinden skal udskrives ambulat, selvom hun ikke er tryk herved, så skal jordemoderen ifølge sundhedsloven arbejde sundhedsfremmende (LBK nr. 913 af 13/07/2010, kap. 1 § 1), hvilket i følge *Anbefalinger for Svangreomsorgen* er med henblik på at styrke den enkelte kvindes behov og ressourcer (SST, 2009, s. 171).



#### **6.4 Diskussion af egen metode**

I det følgende forholder vi os kritisk til egen metode samt dens egnethed til besvarelse af problemformuleringen.

I og med vi til besvarelse af vores problemformulering har valgt at inddrage hhv. natur- og humanvidenskabeligt materiale i form af kvantitativ og kvalitativ forskning, mener vi at have anskuet problemstillingen fra flere videnskabsteoretiske vinkler og dermed favnet kompleksiteten ved ambulante udskrivelser.

Vi har som tidligere beskrevet anvendt et litteraturstudium til besvarelse af vores problemformulering. For at have optimeret denne besvarelse kunne vi have anvendt egen empiri. Vi kunne med fordel have udarbejdet kvantitativ forskning i form af et randomiseret kontrolleret forsøg med samme nul-hypotese som reviewet, men med anvendelse af egne inklusions- og eksklusions kriterier for at sikre resultaternes overførbare til danske forhold. Ligeledes ville vi have sikret en tydeligere skelnen ml. tilbud til henholdsvis interventions- og kontrolgruppen for at sikre overførbareheden og tydeliggøre effekten. Ovenstående kunne have været interessant, men vi har af hensyn til opgavens omfang ikke fundet dette muligt.

Vi kunne ligeledes have udarbejdet kvalitativ forskning i form af eksempelvis fokus-gruppe interview, til at besvare den del af problemformuleringen, som omhandler hvilke behov kvinderne skal have opfyldt for at være tryk ved at skulle udskrives ambulante.

Men ved at have anvendt et litteraturstudium har vi fået overblik og undersøgt hvilken allerede eksisterende litteratur og forskning, der er på området. Ud fra den evidensbaserede forskning, vi har inddraget til belysning af vores problemformulering, kan man stille sig kritisk overfor overførbareheden, men kendskabet til nyeste evidensbaseret forskning på området har gjort os kompetente til at stille os kritiske og opfordre til yderligere forskning.

Vi har i projektet afgrænset os fra at inddrage en evt. partner til kvinden. Det kunne have bidraget med yderligere aspekter i forhold til at favne kompleksiteten i forbindelse med kvindens behov for tryk ved ambulante udskrivelser, hvis vi havde medtaget denne.

#### **7. Konklusion**

I det følgende afsnit sammenfattes en konklusion med henblik på besvarelse af projektets problemformulering, samt en vurdering af om vores mål for opgaven er nået.

I forhold til besvarelsen af første del af vores problemformulering kan vi konkludere, at

ambulant udskrivelse set i forhold til standard indlæggelse, ifølge nyeste evidensbaserede viden, ikke er forbundet med nogen større sikkerhedsmæssig risiko for mor og barn. I følge reviewet var der ingen statistisk signifikant forskel i hverken antallet af materielle - og neonatale genindlæggelser, i antallet af kvinder der ikke ammede efter hhv. otte uger og seks måneder post partum samt i antallet af rapporterede ernæringsproblemer hos nyfødte efter hhv. tidlig udskrivelse og standard indlæggelse. Dette er dog under forudsætning af opfølgende hjemmebesøg post partum. Ud fra dette konkluderer vi, at det ud fra vores nyhervervede evidensbaserede viden ser ud til, at vi som jordemødre kan stå inde for ambulant udskrivelse af førstegangsfødende som en sikker praksis, hvis det bakkes op af opfølgende hjemmebesøg. Vi er dog bevidste om, at overførbareheden af reviewets resultater i henhold til besvarelse af vores problemformulering skal tolkes med varsomhed.

Til besvarelsen af den del af problemformuleringen som omhandler, hvordan jordemoderen kan imødekomme kvindens behov for tryghed i forbindelse med ambulant udskrivelse, således at hun bidrager til en skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulant udskrivelse, kan vi konkludere, at jordemoderen med fordel kan anvende kommunikationsredskaber i form af udvalgte punkter fra CC-guiden. Med anvendelse af disse redskaber kan jordemoderen ved at udforske kvindens perspektiv, og hvad der ligger til grund for hendes utryghed, opnå viden omkring hvilken type og mængde af information, som kvinden har behov for i forbindelse med at opnå tryghed ved at skulle udskrives ambulant.

Ud fra anvendelse af de udvalgte punkter fra CC-guiden i det konstruerede eksempel, er vi derved kommet med konkrete handleanvisninger til, hvordan jordemoderen i praksis kan imødekomme kvindens behov for tryghed.

Vi konkluderer endvidere, at jordemoderen kan bidrage til at skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulant udskrivelse ved at bidrage med forudsætningerne for begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Hun kan bidrage med begribelighed ved at give kvinden forudsigelighed evt. i form af fødsels- og barselsforberedelse samt viden omkring ambulant udskrivelse i forbindelse med individuelle jordemoderkonsultationer i graviditeten. Håndterbarhed kan jordemoderen bidrage til ved at give kvinden troen på egne ressourcer og gøre hende bevidst om, hvornår hun bør søge hjælp og støtte hos relevante støttepersoner i sit netværk, samt hvilke disse kan være. Alternativt kan jordemoderen bidrage med en oprustning

af netværk i form af alternative støttepersoner samt relevant fagpersonale. Forudsætningen for meningsfuldhed er delagtighed. Jordmoderen bidrage til meningsfuldhed ved at få kvinden til at føle delagtighed og se meningen med ambulante udskrivelser, hvis ikke hun på forhånd kan dette.

Vi konkluderer således, at hvis jordmoderen formår at bidrage med forudsætningerne for ovenstående tre elementer, har kvinden de bedste forudsætninger for at cope med utrygheden i forbindelse med ambulante udskrivelser, og på denne måde har jordmoderen bidraget til at skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulante udskrivelse.

Vi konkluderer på baggrund af ovenstående at have opnået og indfriet de mål, vi satte os ved projektets begyndelse.

## **8. Perspektivering**

I vores konklusion konkluderer vi, at jordmoderen kan imødekomme kvindens behov for tryk i forbindelse med ambulante udskrivelser ved at anvende kommunikationsteknikker samt en sundhedsfremmende indsats. Vi er bevidste om, at vi konkluderer dette ud fra et konstrueret eksempel, men vi ser det som redskaber, der med fordel kan anvendes i ethvert møde mellem jordmoderen og kvinden såvel som sundhedsprofessionel og patient.

Vi har i vores arbejde med projektet opnået en tro på, at ambulante udskrivelser for førstegangsfødende kan være et trygt og sikkert alternativ til de 48 timers indlæggelse på patienthotellet, men under de rette forudsætninger. Hvis ikke regionerne efterlever SST's anbefalinger og stiller et tilbud om fødselsforberedelse og opfølgende hjemmebesøg til rådighed til kvinder, der har født ambulante, så mener vi ikke, vi ud fra vores nyere erhvervede evidensbaserede viden kan stå inden for kvaliteten heraf.

Vi er bevidste om, at man ikke udelukkende udarbejder kliniske retningslinjer på baggrund af evidens, men at man også er nødsaget til at inddrage organisatoriske og økonomiske perspektiver. Det kunne på den baggrund være interessant at undersøge ambulante udskrivelser med fødsels- og barselsforberedelse samt opfølgende hjemmebesøg post partum i et samfundsøkonomisk perspektiv. Dette for at give en vurdering af, om denne organisering set i forhold til 48 timers indlæggelse på patienthotellet ville give en reel økonomisk besparelse og på lang sigt spare samfundet for en række omkostninger.

Såfremt der fremkommer ny evidens vedrørende sikkerheden ved ambulante udskrivelser, finder vi det relevant at gennemføre en medicinsk teknologivurdering (MTV). Denne kan fungere som led i beslutningsprocessen i forbindelse med en kompleks problemstilling og er dermed et redskab for beslutningstagere, politiske såvel som kliniske. Ved udarbejdelsen af en MTV vil man få belyst både teknologiske, patientorienterede, organisatoriske samt økonomiske aspekter ved ambulante udskrivelser. Vi mener, det er relevant at undersøge alle fire elementer, da en belysning af disse tilsammen viser kompleksiteterne ved at foretage en praksisændring.

---

Sophia Hametner Pedersen

---

Trine Damsted Rasmussen

## Referenceliste

Hejre/gravid, 2011. *Angående Projekt "Rolig Start" på Skejby*. [Online]. København NV: min-mave ApS. Tilgængelig fra: <http://www.min-mave.dk/foeraeldregupper/thread-2165905.htm>. [Lokaliseret d. 01/01-2013].

Statens Institut for Folkesundhed, 2011. *Ugens tal – uge 32*. [Online]. København: Statens Institut for Folkesundhed. Tilgængelig fra: [http://www.sifolkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/32\\_2011.aspx](http://www.sifolkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/32_2011.aspx). [Lokaliseret d. 01/01-2013].

Region Syddanmark, 2011, *Fødeplan i Region Syddanmark, version 1.* . [Online]. Vejle: Region Syddanmark. Tilgængelig fra: <http://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=region+syddanmark+fodeplan+2011&ie=UTF-8&oe=UTF-8> [Lokaliseret d. 01/01-2013].

Kudahl, Søren, 2012. *Flere og flere nyfødte indlægges med ernæringsproblemer*. [Online]. København: Momentum. Tilgængelig fra: <http://www.kl.dk/Momentum/momentum2012-8-4-id110282/>. [Lokaliseret d. 01/01-2013].

Ritzau, 2010. *Nu skal førstegangsfødende føde ambulat*. [Online]. København: Politikken DK. Tilgængelig fra: <http://politiken.dk/indland/ECE1060680/nu-skal-foerstegangsfloedende-foede-ambulant/>. [Lokaliseret d. 01/01-2013].

Gerstoft F. og Colding, S., 2012. Danske Regioner: *FAKTAARK – om ambulante fødsler og genindlæggelser af nyfødte*. [Online]. Tilgængelig fra: <http://www.regioner.dk/Sundhed/Behandlingsomr%C3%A5der/~media/Om%20ambulante%20f%C3%B8dsler%20og%20genindl%C3%A6ggelser.ashx> [Lokaliseret d. 29/12-2012].

Sundhedsstyrelsen (SST), 2012. *Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen - revideret kapitel 15. Høringsudkast, maj 2012*. [Online]. Tilgængelig fra: [http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Hoerings svar/Hoerings svar\\_2012/Hoerings udkast anbefalinger for barselsperioden 1 .pdf](http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Hoerings svar/Hoerings svar_2012/Hoerings udkast anbefalinger for barselsperioden 1 .pdf) [Lokaliseret d. 29/12-2012].

Sundhedsstyrelsen (SST), 2009. *Anbefalinger for Svangreomsorgen*, [Online]. København, Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig fra: <http://www.sst.dk/publ/publ2009/CFF/gravide/svangreomsorgen.pdf> Lokaliseret d. 01/01-2013].

Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2010. *Bekendtgørelse af Sundhedsloven*. LBK nr. 913 af 13/07/2010. [Online]. København: Tilgængelig fra: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>. [Lokaliseret d. 01/01-2013].

Iversen, R. et al., 2010. *Etiske Retningslinjer for Jordemødre*. [Online]. København: <http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Politik og organisation/Politik og visioner/Etiske Retningslinjer 2010.pdf> [Lokaliseret d. 01/01-2013].

Antonovsky, A., 2000. *Helbredets mysterium*. Kbh. K. 2. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Munk, K. P., 2012. *Coping – Manual til kvalitativ mikroanalyse*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Politikken, 2001. *Politikens Nudansk Ordbog med etymologi; L-Å*. Kbh.: 2. udgave. Politikens Forlag A/S.

Birkler, J., 2005. *Videnskabsteori – en grundbog*. Kbh. 1. udgave. Munksgaard Danmark.

Launsø L. og Rieper O., 2005. *Forskning om og med mennesker*. Kbh. K. 5. udgave, 2. oplag. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Brown, S. et al., 2009. *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review)*. Issue 2. Copyright The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Silverman, J., Kurtz, S. og Draper, J., 2005. *Skills for communication with Patients*. Abingdon. Second Edition. Radcliffe Publishing Ltd.

Juul S., 2012. *Epidemiologi og evidens*. Kbh. 2. udgave, 1. oplag. Svend Juul og Munksgaard.

Hofmeyr, J. G et al., 2008, *A Chochran Pocketbook – Pregnancy and Childbirth*. Chichister. John Wiley & Sons Ltd.

Wulff, Henrik R. & Gøtzsche, Peter C., 2007. *Rationel klinik – evidensbaseret diagnostiske og terapeutiske beslutninger*. Kbh. 5. udgave, 2. oplag. Munksgaard Danmark.

Anvendt referencesystem er Harvard.

## Kildesamling på cd-rom

Brown, S. et al., 2009. *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review)*. Issue 2. Copyright The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Silverman, J., Kurtz, S. og Draper, J., 2005. *Skills for communication with Patients*. Abingdon. Second Edition. Radcliffe Publishing Ltd. Preface: About the authors, p. 1, p. 20, chapter 3 (p. 70-97 ) and chapter 6 (p. 141-166).

Antonovsky, A., 2002. *Helbredets mysterium*. Kbh. K. 2. oplag. Hans Reitzels Forlag. Forord: s. 13, kapitel 2 (s. 33-50) og kapitel 6 (s. 144-150).



## **Bilagsliste**

Bilag 1 : Strukturdiagram

Bilag 2: DOSIS-guide

Bilag 3: Eksempel på anvendt søgestrategi: PubMed

Bilag 4: Oversigtsliste over Reviewet resultater

## Bilag 1

### Strukturdiagram

#### Problemformulering:

Hvad siger nyeste evidensbaserede forskning omkring sikkerheden ved ambulante udskrivelser, og hvordan kan jordemoderen anvende denne viden til at imødekomme kvindens behov for tryghed i forbindelse med ambulante udskrivelser således, at hun bidrager til at skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulante udskrivelse?

#### Teori og metode

#### Analyse

##### Jordemoderens teoretiske vidensgrundlag omkring sikkerheden ved ambulante udskrivelser:

- Cochrane Review:

*Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants*

##### Jordemoderens kommunikative færdigheder for at imødekomme kvindens behov for tryghed:

- Silvermann et al:

*Skills for Communicating with Patients*

##### Jordemoderens forudsætning for at bidrage med meningsfuldhed og sammenhæng:

- Aron Antonovsky:

*Helbredets mysterium*

#### Diskussion



#### Konklusion



#### Perspektivering



## Bilag 2

## Spørgsmålet bestemmer søgestrategien

**Navn:** Sophia Hametner Pedersen og Trine Damsted Rasmussen

**Hold, modul:** J09S, Modul 14

**Uddannelse:** Jordemoderuddannelsen

**Vejleder:** Malene Kirstein Cohen

*1. Beskriv  
dit emne*

**Titel:** Ambulant udskrivelse af førstegangsfødende.

**Problemstilling:** Hvad siger nyeste evidensbaserede forskning omkring sikkerheden ved ambulant udskrivelse og, hvordan kan jordemoderen anvende denne viden til at imødekomme kvindens behov for tryghed i forbindelse med ambulant udskrivelse, således hvordan bidrager til at skabe en for kvinden meningsfuld og sammenhængende ambulant udskrivelse?

- **Stikord til del 1:** midwife, midwifery, early discharge, patient discharge, early ambulation, postnatal care, perinatal care, postpartum period, childbirth, labour, delivery
- **Stikord til del 2:** midwife, midwifery, early discharge, early ambulation, patient discharge, health promotion, patient view, patient satisfaction, emotions

<sup>3</sup> DOSIS = **D**Okumenteret **S**ystematisk **I**nformation**S**øgning

Database eller informationskilde	Begrundelse for valg af database eller informationskilde
PubMed	Kerndefaglig international medicinsk database, der indeholder jordemoderfaglige artikler.
CINAHL Plus with Full Text	International medicinsk database, med kerneområderne sygepleje og sundhed, herunder bl.a. indenfor jordemoderkundskab. Fortrinsvis artikler.
The Cochrane Library	Database med vægt på evidensbaseret medicin. Kvantitativ sundhedsvidenskabelig litteratur, med hovedvægt på metaanalyser og systematiske reviews.

3. Beskriv din søgestrategi

Ambulant udskrivelse af førstegangsfødende – et trygt og sikkert alternativ?

	Tema 1 – Ambulant udskrivelse:	Tema 2 – Børselsomsorg efter fødsel:	Tema 3 – Jordemoder:	Tema 4 – Sundhedsfremme:	Tema 5 – Følelser og behov:
<b>Database 1 – PubMed:</b>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Early Ambulation [MeSH]</li> <li>• Patient Discharge [MeSH]</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Early Discharge"</li> </ul>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perinatal Care [MeSH]</li> <li>• Post partum period [MeSH]</li> <li>• Labor, Obstetric [MeSH]</li> <li>• Paturition [MeSH]</li> <li>• Delivery, Obstetric [MeSH]</li> </ul>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Midwifery [MeSH]</li> <li>• Nurse Midwives [MeSH]</li> </ul>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Promotion [MeSH]</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Health Promotion"</li> </ul>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient Satisfaction [MeSH]</li> <li>• Emotions [MeSH]</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Patient View"</li> </ul>
<b>Database 2 – CINAHL Plus with Full Text:</b>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MH Early Ambulation</li> <li>• MH Patient Discharge +</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Early Discharge" (TX)</li> </ul>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MH Postnatal Care</li> <li>• MH Postnatal Period</li> <li>• MH Labour OR Childbirth</li> <li>• MH Delivery +</li> </ul>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MH Midwifery +</li> <li>• MH Midwives +</li> </ul>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MH Health Promotion+</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Health Promotion" + (TX)</li> </ul>	<p>Kontrollerede emneord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MH Patient Satisfaction</li> <li>• MH Emotions +</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Patient view" (TX)</li> </ul>

<b>Database 3 – The Cochrane Library:</b>	Kontrollerede emneord:	Kontrollerede emneord:	Kontrollerede emneord:	Kontrollerede emneord:	Kontrollerede emneord:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Early Ambulation [MeSH]</li> <li>• Patient Discharge [MeSH]</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Early discharge"</li> <li>• "Early Ambulation"</li> <li>• "Patient Discharge"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postnatal Care [MeSH]</li> <li>• Postpartum period [MeSH]</li> <li>• Paturition [MeSH]</li> <li>• Delivery, Obstetric [MeSH]</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Labor"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Midwifery [MeSH]</li> <li>• Nurse Midwives [MeSH]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Promotion [MeSH]</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Health Promotion"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient Satisfaction [MeSH]</li> <li>• Emotions [MeSH]</li> </ul> <p>Fritekst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Patient View"</li> </ul>

4. Beskriv dine selektionskriteri

	Publikationsår	Sprog	Geografi	Publikationstype
<b>Database 1 – PubMed:</b>	Seneste 10 år *	+ engelsk, dansk, svensk, norsk **		
<b>Database 2 – CINAHL Plus with Full Text:</b>	Seneste 10 år; * fra 01.2002 – 12.2012			
<b>Database 3 – The Cochrane Library:</b>				

Ambulant udskrivelse af førstegangsfødende – et trygt og sikkert alternativ?

5. Søgeresultat	Tema 1 – Ambulant udskrivelse:	Tema 2 – Barselsomsorg efter fødsel:	Tema 3 – Jordemoder:	Tema 4 – Sundhedsfremme:	Tema 5 – Følelser og behov:
Database 1 – PubMed:	19.602	136.783	18.203	62.052	201.629
Database 2 – CINAHL Plus with Full Text:	17.682	18.892	20.269	90.124	39.992
Database 3 – The Cochrane Library:	1621	11.408	283	4463	17.350

5. Søaeresultat	Tema 1 AND Tema 2	Tema 1 AND Tema 2 AND Tema 3	Tema 1 AND Tema 3	Tema 1 AND Tema 3 AND Tema 4	Tema 1 AND Tema 3 AND Tema 5 :	Tema 1 AND Tema 2 AND Tema 5 :
Database 1 – PubMed:	133 **, **	14 **, **	20 **, **	1 **	7 **	41 **
Database 2 – CINAHL Plus with Full Text:	201 *	38 *	94 *	11	9	39
Database 3 – The Cochrane Library:	71	0	2	0	0	11

## Bilag 2

6. Skaf det relevante fra søgeresultatet

	<b>Trin 1: Antal via bibliotekets fysiske materialesamling</b>	<b>Trin 2: Antal via bibliotekets elektroniske tidsskrifter</b>	<b>Trin 3: Antal via gratis kilder på Internet</b>	<b>Trin 4: Antal fjernlån via biblioteket</b>
<b>Database 1 – PubMed: (8)</b>	0	5 (2 RCT'er) (3 kvalitative artikler)	0	3 (3 kvalitative artikler)
<b>Database 2 – CINAHL Plus with Full Text: (7)</b>	0	6 (1 RCT) (1 Cochrane Review) (4 kvalitative artikler)	0	1 (1 kvalitativ artikel)
<b>Database 3 – The Cochrane Library: (3)</b>	0	3 (1 Cochrane Review) (2 RCT'er)	0	0

Søgning foretaget d. 20-23. november 2012



## Bilag 3

Eksempel på anvendt søgestrategi: PubMed

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
<a href="#">#19</a>	<a href="#">Add</a>	Search (#17) OR #18 Filters: English; Danish; Norwegian; Swedish	<a href="#">44</a>	08:40:41
<a href="#">#18</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((#1) AND #2) AND #5 Filters: English; Danish; Norwegian; Swedish	<a href="#">41</a>	08:39:43
<a href="#">#17</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((#1) AND #3) AND #5 Filters: English; Danish; Norwegian; Swedish	<a href="#">7</a>	08:39:27
<a href="#">#16</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((#1) AND #3) AND #4 Filters: English; Danish; Norwegian; Swedish	<a href="#">1</a>	08:38:26
<a href="#">#13</a>	<a href="#">Add</a>	Search (#1) AND #3 Filters: published in the last 10 years; English; Danish; Norwegian; Swedish	<a href="#">20</a>	08:37:52
<a href="#">#12</a>	<a href="#">Add</a>	Search ((#1) AND #2) AND #3 Filters: published in the last 10 years; English; Danish; Norwegian; Swedish	<a href="#">14</a>	08:37:35
<a href="#">#11</a>	<a href="#">Add</a>	Search (#1) AND #2 Filters: published in the last 10 years; English; Danish; Norwegian; Swedish	<a href="#">133</a>	08:36:24
<a href="#">#6</a>	<a href="#">Add</a>	Search (#1) AND #2	<a href="#">435</a>	08:35:25
<a href="#">#5</a>	<a href="#">Add</a>	Search (("patient satisfaction"[Mesh] OR "emotions"[Mesh])) OR ("patient view")	<a href="#">201629</a>	08:35:10
<a href="#">#4</a>	<a href="#">Add</a>	Search (("Health Promotion"[Mesh])) OR ("Health Promotion")	<a href="#">62052</a>	08:34:49
<a href="#">#3</a>	<a href="#">Add</a>	Search ("Midwifery"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh]	<a href="#">18203</a>	08:34:21
<a href="#">#2</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((("Perinatal Care"[Mesh])) OR ("Postpartum Period"[Mesh])) OR (((("Parturition"[Mesh]) OR "Labor, Obstetric"[Mesh]) OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]))	<a href="#">136783</a>	08:33:57
<a href="#">#1</a>	<a href="#">Add</a>	Search (((("Patient Discharge"[Mesh])) OR ("Early Ambulation"[Mesh])) OR ("Early discharge"))	<a href="#">19602</a>	08:33:33

## Bilag 4

### Oversigtsliste over Reviewets resultater

#### DATA AND ANALYSES

##### Comparison 1. Early versus standard discharge

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1 Proportion of infants readmitted within eight weeks	7	3435	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.29 [0.60, 2.79]
2 Proportion of infants re-admitted within eight weeks (excluding CS - Brooten)	6	3313	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.74 [0.88, 3.45]
3 Proportion of women readmitted within six weeks	8	3509	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.10 [0.51, 2.40]
4 Proportion of women re-admitted within six weeks (excluding CS - Brooten)	7	3387	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	1.29 [0.59, 2.80]
5 Proportion of women probably depressed	3	993	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.66 [0.39, 1.12]
6 Proportion of women not breastfeeding in first eight weeks postpartum	8	3845	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.90 [0.76, 1.06]
7 Proportion of women reporting infant feeding problems	2	2405	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.89 [0.43, 1.86]
8 Proportion of women not breastfeeding at six months	3	973	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.92 [0.80, 1.05]
9 Proportion of women dissatisfied with postnatal care	3	841	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.60 [0.36, 1.00]
10 Proportion of women probably depressed (excluding non-standardised measures)	2	889	Risk Ratio (M-H, Random, 95% CI)	0.56 [0.21, 1.51]