



**Amningsrådgivning för gravida, mam-  
mor till spädbarn samt familjen  
Hotus-vårdrekommendation**

# ARBETSGRUPPEN OCH BINDNINGAR

## Ordföranden

**LEENA HANNULA**, HVD, lektor, Yrkeshögskolan Metropolia

## Medlemmar

**RIIKKA IKONEN**, HVD, nationell amningskoordinator, Institutet för hälsa och välfärd, post doc-forskare, Tammerfors Universitet

**MARJA KAUNONEN**, HVD, professor i vårdvetenskap, Tammerfors Universitet, Samhällsvetenskapliga fakulteten, hälsovetenskaper, Birkalands sjukvårdsdistrikt Allmän förvaltning

**HETA KOLANEN**, HVM, utvecklingschef, HUS IT-förvaltning

**BINDNING:** Medlemmarna i rekommendationsgruppen har beträffande rekommendationsämnet ingen bindning som de kunde ha ekonomisk nytta av eller som kunde påverka tillförlitligheten för rekommendationen.

## Rekommendationens versionshistoria

### 2010

Hannula Leena, Kaunonen Marja, Koskinen Katja, Tarkka Marja-Terttu. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus – Hoitotyön suositus. (enbart på finska)

ISSN 2489-5024

# Innehåll

Inledning	4
Rekommendationens mål och centrala begrepp	6
Rekommendationens syfte och mål	6
Målgrupper	7
Centrala begrepp	7
Metoder	8
Informationssökning	8
Val av informationskällor	8
Evidensbedömning	10
Rekommendationer	10
1. Erbjudande av utbildning åt yrkespersoner och kamratstödjare inom hälsovården	10
2. Amningsrådgivning och -stöd åt mamman och familjen	11
3. Identifiering av stödbehov och amningsrådgivningens fokus	14
4. Kamratstöd som stöd för amning	16
5. Stöd på sjukhuset enligt Programmet för ett babyvänligt sjukhus	17
<b>Rekommendationens tillförlitlighet</b>	<b>18</b>
Uppdatering av rekommendationen	19
Teman för vidare forskning	19
Källor	20
Bilagor	30

## Inledning

Under 2010 utgavs den första vårdrekommendationen om amning: ”*Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus*”. Efter denna vårdrekommendations publicering har evidensen över effektiva interventioner för amningsrådgivning ökat betydligt. I och med ny evidens har uppdateringen *Amningsrådgivning för gravida, mammor till spädbarn samt familjen* gjorts.

Nya studier om amningens betydelse och inverkan på mammans hälsa ger obestridliga bevis på att främjande av amning är ett effektivt sätt att öka folkhälsan.<sup>1,2</sup> Amning skyddar mot infektioner som är typiska i barndomen, har koppling till lägre förekomst av vissa cancersjukdomar hos barn och förekomst av metabolt syndrom i vuxen ålder samt ger bättre kognitiv prestationsförmåga. Dessutom kopplas amning till mindre risk för bröstcancer och äggstockscancer hos mammorna.<sup>1,3</sup>

I England genomfördes en omfattande kostnadseffektanalys om vilka kostnadseffekter amning och icke-amning har på hälsan, användningen av hälsovårdstjänster och arbetsförmågan.<sup>4</sup> Enligt undersökningen skulle det vara möjligt att spara 3,6 miljoner pund (cirka 4,1 miljoner euro) av hälsovårdens kostnader i och med minskat antal tarminfektioner som kräver sjukhusbehandling och läkarbesök, om 45 procent av mammorna skulle helamma i fyra månader och om 75 procent av spädbarnen skulle ammas då de skrivs ut från BB-avdelningen. En lägre förekomst av nedre luftvägsinfektioner, öroninflammationer och nekrotiserande enterokolit skulle dessutom medföra besparingar på 17 miljoner pund (cirka 19,2 miljoner euro).<sup>1</sup> Förutom folkhälso-mässiga effekter är amning även det mest ekologiska sättet att ge näring åt spädbarn.

Amning är en färdighet som förutsätter övning. En lyckad amning är resultatet av samarbete mellan barnet, mamman, den övriga familjen och den närmaste kretsen. Nästan alla finländska mödrar planerar amma sin baby<sup>5</sup>, men okunskap beträffande om mjölken räcker till och svagt stöd för att fortsätta amma kan leda till tidigt inledande av fast föda<sup>6</sup>. Tolkning av babyns signaler och svar på babyns behov (t.ex. amning som sker ofta och länge), att hitta rätt sugställning och -grepp, samordning av det övriga livet med amningen samt stöd från den närmaste kretsen och hälsovårdspersonalen kan bidra till att mamman uppnår sina egna amningsmål. Kommentarer eller instruktioner som försvårar eller ifrågasätter amning kan motverka amningsmålen. Mammor kan känna skuld över saker som gäller amning och flaskmatning.<sup>7</sup>

Vårdpraxis och den amningsrådgivning som hälsovårdspersonalen ger har en stor inverkan på hur amningen lyckas<sup>2</sup>. Internationellt har amning främjats med hjälp av Programmet för ett babyvänligt sjukhus (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI). För närvarande har sex av 23 förlossningssjukhus i Finland certifierats som babyvänliga (26 %). I skrivande stund våren 2020 gällde certifikatet på följande sjukhus i Finland: Sjukhusen i Lojo och Hyvinge, Vasa centralsjukhus, Seinäjoki centralsjukhus, Satasairaala och Mellersta Finlands centralsjukhus.<sup>8</sup> Under 2018 sköttes 12 procent av förlossningarna på sjukhus som certifierats som babyvänliga<sup>9</sup>. Nästan

alla finländska förlossningssjukhus förbereder sig inför revision och utvecklar sin praxis så att de blir babyvänliga.

I Finland slutar man amma tidigare än rekommenderat och ammar minst jämfört med de övriga nordiska länderna<sup>10</sup>. I synnerhet är förekomsten av helamning låg, det finns dock ingen färsk utredning om den allmänna förekomsten av amning. Enligt rekommendationerna i det internationella Programmet för ett babyvänligt sjukhus ges annat än den egna mammans mjölk åt nyfödda endast av medicinska skäl. Att ge tillägg åt nyfödda utan medicinska skäl minskar längden på helamningen. På finländska förlossningssjukhus är det mycket vanligt att ge tilläggsmjölk.<sup>11</sup> I en avhandlingsstudie som gavs ut 2016 helammade finländska mammor i genomsnitt mindre än två månader<sup>6</sup>.

I EU-länderna helammas i genomsnitt endast 23 procent (2–56 %) av spädbarn ännu just före sex månaders ålder. I EU-länderna helammas allra mest, över 40 procent av spädbarnen upp till sex månaders ålder i Slovakien (49 %) och i Ungern (44 %) och minst i Storbritannien (1 %), i Finland (1 %) och i Grekland (1 %).<sup>10</sup> Enligt en färsk nationell pilotundersökning verkar det som att amningssiffrorna är bättre än de var tidigare i Finland. Enligt undersökningen amrades 87 procent av 3–4 månader gamla barn och 66 procent hade fått endast bröstmjölk efter att de hade kommit hem från sjukhuset (dvs. helamning).<sup>12</sup>

I Finland främjas amning på nationell nivå. Enligt statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (338/2011)<sup>13</sup> åläggs som en del den hälsorådgivning som ges under de återkommande hälsoundersökningarna att ge stöd som gäller näring och amning. Det andra nationella handlingsprogrammet för att främja amning 2018–2022 gavs ut 2017. Dess centrala mål är att göra Finland till ett av de ledande länderna inom amning. Handlingsprogrammet beskriver de åtgärder och ansvariga parter som föreslagits för att målet ska uppnås. Det beskriver också arbetet för att främja amning som gjorts hittills i Finland. Centrala sätt att uppnå handlingsprogrammets mål är ett omfattande införande av Programmet för ett babyvänligt sjukhus på förlossningssjukhusen, så att minst 75 procent av sjukhusen har ansökt om certifikatet senast 2022 och införande av programmet för amnings- och familjevänlig verksamhet på barnrådgivningarna, så att minst 50 procent av mödra- och barnrådgivningarna har senast under 2022 inlett ett utvecklingsarbete med certifikatet som mål.<sup>14</sup> Under hösten 2018 inrättades vid Institutet för hälsa och välfärd (THL) en befattning som nationell amningskoordinator.

Förutom det nationella handlingsprogrammet för att främja amning ger även andra handlingsprogram och handböcker anvisningar om amningsrådgivning på nationell nivå. I Handbok för mödrarådgivningen konstateras att amningshandledning ges systematiskt i samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården och den inleds redan under graviditeten och fortsätter ända fram till avvänjningen. Handboken betonar även identifiering av familjer i behov av särskilt stöd samt tillräcklig amningsutbildning för personalen.<sup>15</sup> Även Handlingsprogrammet för sexuell- och reproduktiv hälsa (2015) lyfter fram främjandet av amning<sup>16</sup>. THL gav 2016 ut nya nationella kostrekommendationer för barnfamiljer. De instruerar att gå över till fast föda genom att ge baby'n smakportioner från och med 4–6 månaders ålder. Smakportionerna är små,

högst några teskedar och deras syfte är inte att ersätta amning.<sup>17</sup> Här avviker de finländska rekommendationerna från såväl tidigare nationella som internationella rekommendationer, där helamning rekommenderas ända till sex månaders ålder<sup>18</sup>.

Det nationella handlingsprogrammet för att främja amning skapar de nationella rekommendationerna för främjande av amning. Denna vårdrekommendation kompletterar hälsovårdspersonalens och kamratstödjarnas verktygslåda genom att erbjuda forskningsresultat om vilken slags amningsrådgivning och vilket amningsstöd som är så effektivt som möjligt och hur amningsrådgivningen bör utvecklas. Den senaste versionen av Programmet för ett babyvänligt sjukhus<sup>19</sup> och rådgivningarnas Program för amnings- och familjevänlig verksamhet innehåller också interventioner som kan främja amning.

Internationellt har det utvecklats många interventioner som stöder amning. Nya handledningsmetoder vid sidan av de tidigare är på väg, såsom användningen av webbaserade mobilapplikationer för att stödja amning. Det finns emellertid inte ännu tillräckligt med evidens om effekten av dessa applikationer. De första preliminära resultaten kommer från en brasiliansk översikt (n = 9 studier) där man utvärderade effekterna av stöd som gavs med hjälp av utvecklade mobilapplikationer på amningspraxis. Enligt översikten kan stöd som ges med hjälp av applikationer öka helamning och amning.<sup>20</sup>

Hälsovårdspersonalens roll vid stärkande av amningsvänliga attityder är ytterst viktig. De ska ha tillgång till effektiva sätt att stödja amning. Den vårdrekommendation som gavs ut 2010 är en av de mest använda finländska vårdrekommendationerna. Till exempel i Uleåborg förankrades den nationella amningsrekommendationen genom att utarbeta en enhetlig handlingsmodell för amningsrådgivning som utgår från evidens ("Näyttöön perustuva imetysohjauksen yhtenäisen toimintamalli", YIT) och det konstaterades att vårdrekommendationen från 2010 är fungerande.<sup>14</sup>

## **Rekommendationens mål och centrala begrepp**

### **Rekommendationens syfte och mål**

*Amningsrådgivning för gravida, mammor till spädbarn samt familjen* är en uppdatering av vårdrekommendationen från 2010. Dess syfte är att åt hälsovårdspersonal som erbjuder amningsrådgivning ge evidens utgående från kritiskt utvärderade studier. Målen för rekommendationen är att förbättra kvaliteten på amningsstöd som ges åt mammor och familjer med spädbarn, att förenhetliga handledningspraxis gällande amning samt att se till att handledningen är individuell.

## Målgrupper

Den nationella vårdrekommendationen är avsedd för hälsovårdspersonal som inom den specialiserade sjukvården och primärvården arbetar med gravida och familjer med spädbarn. Vårdrekommendationen kan också användas i utbildning inom hälsovården, och den kan även utnyttjas av andra yrkespersoner och volontärer som arbetar med familjer.

## Centrala begrepp

De centrala begrepp som använts i rekommendationen är enhetliga med Det nationella handlingsprogrammet för att främja amning 2018–2022<sup>14</sup>. Begrepp som i synnerhet gäller helamning och amning varierar enligt studie och vid rapportering av resultat används definitionen enligt studien i fråga.

### Helamning

Helammade barns enda föda är mammans bröstmjolk som ges genom amning eller pumpning. Dessutom ges barnet D-vitamin samt andra vitamin- eller spårämnespreparat och läkemedel som barnet eventuellt behöver.<sup>14,21</sup>

### Delamning

Barnet får vid sidan av bröstmjolk fast purémat, modersmjölksersättning, kliniskt näringspreparat för spädbarn, välling eller annan föda.<sup>14,21</sup>

### Programmet för ett babyvänligt sjukhus

Ett handlingsprogram som gavs ut 1991 av WHO och Unicef (eng. Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI) som bidrar till att globalt förbättra förverkligandet av amning. Programmets kärna är "Tio steg som främjar amning" som är en praktisk anvisning för att främja och stödja amning i förlossningsenheter. Under de senaste åren har man utifrån programmet utarbetat eller håller på att utarbeta ett program för primärvården och barnsjukvården.<sup>19</sup>

### IBCLC

International Board Certified Lactation Consultant, en person som har genomfört en omfattande specialsakkunnigutbildning och -examen i amning<sup>22</sup>.

### Amningsutbildare

Amningsutbildare kan arbeta som utbildare av amningsrådgivare och som amningskoordinator samt expert och utvecklare i frågor som gäller amningsrådgivning och -stöd i sin verksamhetsenhet eller regionalt. I nuläget erbjuds utbildning till amningsutbildare motsvarande 7,5 studiepoäng i yrkeshögskolor. Sökande till utbildningen förutsätts ha amningsrådgivarutbildning.<sup>14</sup>

### Amningsrådgivare

En yrkesperson inom hälsovården<sup>19</sup> som har avlagt en amningsrådgivarutbildning (20 h) enligt Programmet för ett babyvänligt sjukhus.

## Handledning och stöd för amning

Handledning och stöd för amning är delvis överlappande begrepp. Handledning kan ses som en planmässig, kontextbunden verksamhet där en yrkesperson inom hälsovården och den som handleds har ett aktivt och interaktivt förhållande. Att stödja amning kan innebära amningsvänliga handlingar och attityder allmänt och på individuell nivå. På individuell nivå kan stöd för amning innebära förmedling av information, uppmuntrande och hjälp vid praktiska problem. På individuell nivå är även emotionellt stöd en integrerad del av båda begreppen. <sup>Anpassat 14</sup>

## Kamratstödjare

Kamratstöd är en form av interaktion som utgår från ömsesidig jämlikhet och solidaritet, att bli hörd och förstörd samt möten och ömsesidigt stöd bland människor som har gått igenom liknande livserfarenheter och livsskeden. De som deltar i kamratstöd är likvärdiga sinsemellan och de både ger och tar emot stöd i allmänhet. I denna vårdrekommendation avses med kamratstödjare en person som ger amningsstöd och som inte behöver vara en yrkesperson inom hälsovården.<sup>23</sup>

## Yrkesperson inom hälsovården

Med yrkesperson inom hälsovården avses i denna rekommendation hälsovårdspersonal som arbetar inom primärvården och den specialiserade sjukvården inklusive sjukskötare, barnmorskor, hälsovårdare, munhygienister och läkare som sköter familjer som väntar eller har spädbarn<sup>24</sup>.

# Metoder

Då vårdrekommendationen uppdaterades genomfördes en systematisk litteratursökning där man följde strukturen av översikterna i den ursprungliga rekommendationen.

## Informationssökning

De databaser och sökord som användes i informationssökningar beskrivs i bilaga 1. Informationssökningen genomfördes i samarbete med en informatiker. Sökningen begränsades till studier som kommit ut efter den ursprungliga rekommendationen (dvs. åren 2008–2015). Dessutom gjordes en kompletterande sökning över systematiska översikter som har utgivits 2015–2020.

## Val av informationskällor

Till skillnad från den ursprungliga vårdrekommendationen fokuserade uppdateringen på interventioner för amningsrådgivning, för vilka forskning kunde påvisa en effekt. Därmed inkluderades kvantitativa undersökningar i uppdateringen och kvalitativa undersökningar exkluderades. Man kom fram till denna ytterligare begränsning på grund av överflödet av evidens.

**Kriterierna för inkludering av undersökningar var:**



- Forskning om amning, amningsrådgivning eller -stöd.
- Målgruppen var friska nyfödda. Vanliga hälsorisker och -problem (hyperbilirubinemi, mammas övervikt el. dyl.) inkluderades.
- Amningens eller helamningens längd eller förekomst var en resultatvariabel (outcome)
- Ursprunglig studie eller systematisk översikt
- Referentgranskad
- Finsk- eller engelskspråkig publikation

**Kriterierna för exkludering** var:

- Forskningsämnet var amningsstatistik, amningens hälsofördelar, uppfödning med modersmjölksersättning eller förebyggande av hungersnöd/amning i katastrofsituationer
- Målgruppen var allvarligt sjuka mammor, sjuka nyfödda eller spädbarn eller prematura barn (<37 gravidveckor)
- Genomförd i ett utvecklingsland (IMF:s klassificering)
- En icke-vetenskaplig artikel

Fyra medlemmar i arbetsgruppen deltog i valet av studier. Rubrikerna sorterades i alfabetisk ordning enligt den första författarens efternamn och delades upp i två delar i mitten. Två forskare utvärderade självständigt den ena delen av listan och två forskare den andra delen. Båda forskarparen gick tillsammans igenom valen för att uppnå konsensus. Abstrakten och de fullständiga texterna lästes igenom med hjälp av samma tillvägagångssätt. Under urvalsprocessen hade forskarparen nära kontakt med varandra och preciserade vid behov kriterierna. Efter valet av de fullständiga texterna gick forskarna igenom de systematiska översikter som utvalts till rekommendationen och tog bort de ursprungliga undersökningar som redan var med i rekommendationen som en del av den systematiska översikten från de studier som blivit valda som grund för översikten. Urvalsprocessen beskrivs i bilaga 2.

**Kvalitetsbedömning av materialunderlaget**

Kvaliteten på studierna utvärderades enligt kriterierna för studieutformningen (Joanna Briggs Institutets (JBI) checklistor för kritisk bedömning av olika studieutformningar). Arbetsgruppen fastställde inte på förhand någon gräns för godkännande för kvalitetsbedömningen av de studier som togs med. Studiernas kvalitet bedömdes självständigt av två medlemmar av arbetsgruppen, varefter bedömningarna jämfördes. Alla bedömda studier visade sig vara tillräckligt högklassiga och i rekommendationsarbetsgruppen behövdes ingen diskussion om godkännandet av dem. I den verbala beskrivningen av kvalitetsbedömningens resultat användes följande gränsvärden: 86–100 % utfall av kriterierna: hög; 65–85 %: god; 50–64 %: användbar; under 50 %: icke godkänd.

**Analys av materialet**

En tabell uppgjordes över de valda studierna. Studierna ordnades deduktivt enligt rekommendationsfraserna i den ursprungliga rekommendationen så att man av studiernas interventioner identifierade de element som stöder eller ger motsägelsefull evidens åt rekommendationsfraserna. Studiernas interventioner var vanligen program med flera interventioner (till exempel gavs intensifierad

handledning under graviditeten och efter förlossningen och att individuell handledning eller grupp- handledning kombinerades med skriftligt material, kamratstöd eller handledning också åt pappan). Då beskrivs studien i alla de översikter över evidensgrad där studiens intervention eller en del av den gäller rekommendationsfrasen.

## Evidensbedömning

Rekommendationsfrasernas evidensgrad utvärderades i enlighet med Hoitotyön tutkimussäätiös (Hotus) handbok om utarbetande av vådrekommandationer<sup>25</sup>. Vid utvärderingen av evidensgraden användes den ursprungliga rekommendationen som underlag så att utvärderingen inleddes med den evidensgrad som tidigare definierats för varje fras. Om man inte hittade ny forskningsevidens som grund för rekommendationsfrasen ändrades inte evidensgraden. Detta nämns vid varje fras. Likaså om man hittade ny evidens, men om den evidens som den gav (evidensstyrkan enligt forskningsupplägget, studiernas kvalitet, enhetliga resultat) inte gav anledning till att ändra frasens evidensgrad, bibehölls den. Om ny forskningsevidens gav starkare evidens än tidigare som stöd för rekommendationsfrasen i fråga, höjdes evidensgraden.

## Rekommendationer

I rekommendationsfraserna utnyttjades den ursprungliga rekommendationens struktur. Strukturen uppdaterades för att svara mot det nuvarande rekommendationsunderlaget. Den nya forskningsevidensen jämfördes med den tidigare rekommendationens evidens. Den nya evidens som man hittat som grund för rekommendationsfraserna finns i evidensgradsöversikterna (bilagorna 1–5). Evidensen för den vådrekommandation som har getts ut tidigare (2010) beskrivs i denna uppdaterade version under rekommendationsfraserna. Den nya evidensen har förstärkt eller försämrat rekommendationsfrasernas evidensgrad eller så är evidensgraden oförändrad. Rekommendationsfraserna har uppdaterats att i fråga om struktur och formulering svara mot nuvarande anvisningar.<sup>25</sup>

### 1. Erbjudande av utbildning åt yrkespersoner och kamratstödare inom hälsovården

Det behövs grundläggande utbildning och kontinuerlig fortbildning om amning och amningsrådgivning som riktas till yrkespersoner inom hälsovården samt verksamhet som siktar mot förbättring av vårdkvaliteten,

- **eftersom utbildning om amning och amningsrådgivning som ges åt yrkespersoner inom hälsovården uppenbarligen stöder amning<sup>26–29</sup>. (B)**
  - Personer som samarbetar med gravida och föräldrar till spädbarn ska ha en ändamålsenlig utbildning för amningsrådgivning<sup>30–36</sup>.

- Ett effektivt sätt att utbilda personalen är att tillämpa en amningsrådgivarutbildning som följer WHO:s/Unicefs Program för ett babyvänligt sjukhus<sup>37</sup>.
- Mammornas amningsbeteende påverkas av yrkespersonernas egna attityder till amning. Yrkespersoner ska identifiera betydelsen av sina attityder<sup>34,38</sup>.
- Amningsutbildning som ges åt hälsovårdspersonalen ökar mammornas belåtenhet med den handledning de får<sup>32,36</sup>.
- Vårdare och läkare ska erbjudas enhetlig utbildning om amning och amningsrådgivning<sup>39,40</sup>.
- Hälsovårdspersonalens amningsutbildning ska vara kontinuerlig och den får inte endast utgå från individens egen aktivitet eller vara frivillig. Även kvaliteten på amningsutbildningen ska utvärderas.<sup>41</sup>
- Förekomsten av amning ökar både genom årlig amningsutbildning som en del av den kontinuerliga fortbildningen av personalen och genom ändring av sjukhuspraxis så att den stöder amning<sup>39</sup>.

➤ **eftersom utbildning av kamratstödjare kan stödja amningen och verksamheten som stödmamma<sup>42–29</sup>, (C)**

I uppdateringen hittades inga nya studier som stöder rekommendationsfrasen eller studier med motstridiga resultat. Utvärdering av evidensgraden utgår från studierna i den ursprungliga (2010) rekommendationen.

- Kamratstödjare har nytta av utbildning, självförtroendet ökar och självkänslan förstärks<sup>42–44</sup>.
- Att vara kamratstödjare ger starkare självkänsla åt ammande mammor som genomför en kamratstödjarutbildning<sup>42,44</sup>.
- I utbildning av kamratstödjare lönar det sig att använda redan färdigt planerade utbildningsprogram<sup>44–46</sup> och göra utbildnings- och handledningsmaterial enhetligare<sup>47</sup>.
- Mammor väljer hellre en amningsstödgrupp som genomförs av en utbildad yrkesperson än ett hembesök av en utbildad kamratstödjare<sup>48,49</sup>.

➤ **eftersom ett kvalitetsförbättringsprogram som riktas till yrkespersoner inom hälsovården kan öka amning<sup>50</sup>, (C)**

## **2. Amningsrådgivning och -stöd åt mamman och familjen**

Erbjud mamman amningsrådgivning både under graviditeten och efter förlossningen,

➤ **eftersom amningsrådgivning under graviditeten uppenbarligen stöder amning<sup>51,53,54,56</sup>, särskilt i kombination med handledning under graviditeten<sup>29,52,55,57,58</sup>, (B)**

- Amningsrådgivning som inleds under graviditeten stöder helamning och fortsättning av amning i det tidiga skedet<sup>30,32,59–63</sup>.
- Mångsidig handledning som ges under graviditeten och vars mål är att öka kunskaperna om amning och stärka de positiva attityderna, ökar amningen<sup>32,59–63</sup>.
- Handledning som ges av hälsovårdare under graviditeten ökar inledande av amning<sup>64</sup>.
- Möten i små grupper som inleds i början av graviditeten och som fortsätter efter förlossningen och leds av en utbildad yrkesperson förbättrar mammornas upplevelser av den amningsinformation de får samt underlättar identifieringen av barnets behov<sup>32</sup>.
- Under graviditeten kan interaktiv grupphandledning öka förekomsten av amning<sup>32,59–61,63</sup>.

➤ **eftersom amningsrådgivning som ges efter förlossningen stöder amningen<sup>29,52,57,58,64–66</sup>. (A)**

- Enhetlig vårdpraxis som stöder amning på sjukhus och inom primärvården ökar förekomsten av amning<sup>32,40,60,68–71</sup>.
- Interventioner av engångskaraktär på förlossningssjukhus eller i mödra- eller barnrådgivningen har ingen inverkan. Det behövs mångsidigt och kontinuerligt stöd.<sup>72–78</sup>
- Sakkunnig amningsrådgivning på förlossningssjukhuset bidrar till att klara av att amma särskilt i sådana mammagrupper där amning annars förekommer i genomsnitt mer sällan<sup>79</sup>.
- Verbal handledning av mammor (s.k. hands off-handledning) i amningssituationer på sjukhuset minskar amningsproblem och ökar hel- och delamning åtminstone i sex veckor<sup>80</sup>.
- Amningsstöd som ges under de första veckorna efter förlossningen är betydelsefull för förebyggande av amningsproblem<sup>35,81,82</sup>.
- Individuell och riktad handledning efter förlossningen bidrar till att amningen fortsätter<sup>35,60,81</sup>.
- Amningsrådgivning hjälper mamman att klara av att amma och stöder hennes tillit till amning. Mammor som upplever att de klarar av att amma och tror på sin förmåga att amma, ammar mer sannolikt i minst fyra veckor.<sup>83</sup>
- Amningsrådgivning får inte ge skuld känslor. Även de mammor som slutar amma behöver handledning och stöd.<sup>84</sup>
- Kortvarig grupphandledning i föreläsningsformat som genomförs endast under graviditeten bidrar varken till att amning inleds eller fortsätter<sup>85,86</sup>.
- Vård i enkelrum eller familjerum samt en utsedd egenskötare ökar förekomsten av helamning. Den handledning som mammorna får ska vara individuell och enhetlig.<sup>30</sup>

**Erbjud mamman och familjen intensifierat amningsstöd och utnyttja olika stödformer,**

➤ **eftersom intensifierat amningsstöd uppenbarligen stöder amningen<sup>87,88</sup>, (B)**

- Intensifierat stöd för amning som erbjuds av yrkespersoner inom hälsovården ökar förekomsten av helamning<sup>89</sup>.

➤ **eftersom olika former av tilläggsstöd som riktas till mammor stöder amning<sup>57,90–98</sup>, (A)**

- I en lyckad stödintervention hjälper man mamman att lära sig ett bra suggrepp för babyn och en bra amningsställning. Lyckat stöd kan kräva flera hembesök och uppföljning under en längre tid.<sup>97</sup>
- Hembesök och individuell handledning stöder amningen<sup>99,100</sup>.
- Amningsrådgivning har den största effekten då man tillämpar flera olika metoder<sup>59,101</sup>.
- Skriftlig information, såsom tidningar och webbplatser, är inte ensamma en effektiv metod för att främja amning<sup>59,102,103</sup>.
- Individuell handledning som ges personligen är ett effektivt sätt att stödja amningen<sup>37,59,89,101,102</sup>.
- Hembesök stöder amningen<sup>31,101</sup>.
- Amningsstödgrupper kan genomföras på många sätt, bara man tar hänsyn till deltagarnas individualitet<sup>38</sup>.
- Information och stöd åt mammor som ammar i exceptionella situationer kan ges via internet<sup>104</sup>.
- En amningsstödgrupp som ordnas av en yrkesperson och möjligheten till individuellt kamratstöd ökar inledande och fortsättning av amning<sup>48</sup>.
- Erbjudande av psykosocialt stöd samt praktisk amningsrådgivning under hembesöken stöder helamning samt att amningen fortgår<sup>31</sup>.
- Kompetent amningsrådgivning och amningsstöd som ges efter förlossningen per telefon ökar helamning hos utbildade mammor. För mammor med låga inkomster behövs även andra former av amningsstöd.<sup>105</sup>
- En amningspoliklinik inom primärvården är en beaktansvärd stödform. På en amningspoliklinik kan man kombinera professionellt stöd och kamratstöd.<sup>82</sup>

➤ **eftersom en ökning av mammors amningsförtroende under graviditeten uppenbarligen stöder amningen<sup>106,107</sup>, (B)**

➤ **eftersom stöd som erbjuds familjer stöder amningen<sup>55,108,109</sup>. (A)**

- Effektiv handledning kombinerar kunskapsbaserad handledning och kunskapsbaserat stöd samt det faktum att den ges åt både den gravida kvinnan och hennes partner eller familj<sup>55</sup>.
- Mammornas amningsbeslut påverkas av partnerns och mormoderns eller farmoderns, särskilt mormoderns, amningsuppfattningar<sup>33,110,111–116</sup>.

- Närstående som deltar i familjens vardag inkluderas i amningsrådgivningen. De har nytta av anvisningar som berättar hur de konkret kan stödja den ammande modern.<sup>116,117</sup>
- En kombination av professionellt stöd och kamratstöd, där pappan, de övriga familjemedlemmarna och vännerna beaktas är viktig. Mammor som deltar i en amningsstödgrupp ammar sannolikt längre (minst två månader).<sup>110</sup>

➤ **eftersom handledning och stöd som riktas till partnern stöder amning av spädbarnen<sup>88,118–120</sup>. (A)**

- Det lönar sig att ordna utbildning åt partnern under graviditeten; bara en amningsutbildning av engångskaraktär under graviditeten ökar förekomsten av amning<sup>113,114</sup>.
- I utbildningen av partnern gör man klokt i att beakta att det mest effektiva är kultursensitiv information som ges personligen samt praktiska råd om hur partnern allra bäst stöder amningen<sup>119</sup>.
- Hjälpt och uppmuntran från partnern ökar inledande av amning<sup>121</sup>.
- Partners roll som en lyhörd del av "amningsteamet" ökar mammans tillit till sin egen förmåga och självständighet, vilket har en positiv effekt på amningen<sup>121</sup>.
- Ett beteende som stöder mamman och främjar amningen kan klassificeras som kunskap, hjälp, uppmuntran och att reagera med låg tröskel<sup>121</sup>:
  - med kunskap avses utökande av kunskapen och förmågan att observera amningsproblem<sup>121</sup>.
  - med hjälp avses konkret praktisk hjälp med hushållsarbete, med att sköta babyn och de andra barnen samt även mamman, särskilt under amningen<sup>121</sup>.
  - med uppmuntran avses att man uppmuntrar och visar uppskattning för mammans amning<sup>121</sup>.
  - med att reagera med låg tröskel avses en känslighet inför mammans behov, respekt för hennes val, främjande av självständighet och föräldraskap samt erbjudande av information, hjälp och uppmuntran på ett sätt som är godtagbart för mamman<sup>121</sup>.

### **3. Identifiering av stödbehov och amningsrådgivningens fokus**

Identifiera specialgruppers behov av stöd och erbjud riktat tilläggsstöd för amning,

- **eftersom extra amningsrådgivning kan stödja amningen hos omfödreskor som tidigare inte har ammat eller som endast ammat en kort tid<sup>122</sup>, (C)**
- **eftersom personer med lägre socioekonomisk ställning uppenbarligen har nytta av amningsstöd<sup>123,124</sup>, (B)**

➤ **eftersom överviktiga\* mammor har nytta av riktat amningsstöd<sup>125,126</sup>, (B)**

\*BMI över 30, i definitionen har använts definitionen från God medicinsk praxis-rekommendationen<sup>127</sup>

- För överviktiga och tjocka mammor kan till exempel stora bröst utgöra ett fysiskt hinder för amning. Det kan också vara svårt för dem att hitta en bra/rätt amningsställning, mjölken kanske rinner till långsamt eller så kan mjölmängden kännas otillräcklig. Även kejsarsnitt kan orsaka problem med amningen. Psykiska hinder kan till exempel vara en låg amningstillit, en negativ kroppsuppfattning, blyghet för att amma offentligt samt stigma som kopplas till övervikt. Ett välplanerat och riktat stöd som ges under och efter graviditeten kan främja amning bland överviktiga och tjocka mammor samt hjälpa dem med olika slags problem.<sup>128</sup> Emellertid finns det inte tills vidare tillräckligt med forskning om vilka slags stödinterventioner som allra bäst skulle stödja amning bland omfångsrika och överviktiga mammor<sup>129</sup>.

➤ **eftersom erbjudande av riktat stöd till dem som har problem med amning uppenbarligen stöder amningen<sup>130</sup>, (B)**

- Mammor med risk för tidig avvänjning ska identifieras<sup>33,131</sup>.  
Mammor som hör till riskgruppen är:
  - unga mammor<sup>132–134</sup>.
  - mammor med låg utbildningsnivå och en svag ekonomisk situation<sup>134–138</sup>.
  - mammor vars kulturella bakgrund avviker från majoritetsbefolkningens<sup>137–142</sup>.
  - mammor som röker<sup>134</sup>.
  - mammor som planerar kort amning<sup>143</sup>.
  - mammor som fött med kejsarsnitt<sup>141,144</sup>.
  - mammor med svår förlossningsupplevelse<sup>145</sup>.
  - mammor som upplever att de klarar av amningen dåligt och som har amningsproblem på förlossningssjukhuset<sup>32,85,145–147</sup>.
  - mammor som på grund av amningsproblem slutar amma tidigare än de ursprungligen planerade, behöver särskilt stöd<sup>148</sup>.
  - mammor som känner att de inte har tillräckligt med mjölk<sup>149</sup>.
  - mammor som upplever att de inte får stöd för amningen<sup>71</sup>.
  - mammor som snabbt återvänder till arbete eller studier<sup>101</sup>.
- Riktat stöd för personer i riskgrupper:
  - Handledning och individuell handledning som ges under graviditeten, frekventa kontakter med mamman samt vid behov hembesök ökar antalet mammor som börjar amma och fortsätter med detta i ett halvt år<sup>62</sup>.
- Skräddarsydda kamratstödgrupper för mammor med hög risk (unga, lågutbildade, lågavlönade mammor) och med låg risk (äldre, utbildade, mammor med höga inkomster) ökar tillfredsställelsen med amningsupplevelsen. Mammor har nytta av grupphandledning med gruppmedlemmar i samma livssituation.<sup>132</sup>

- I synnerhet mammor, som lever i en omgivning där man ammar lite, har nytta av en modell med en kamratgrupp som ammar<sup>50,150,151</sup>.
- En kombination av professionellt stöd och kamratstöd på en amningspoliklinik eller i en stödgrupp ökar amning bland invandrare<sup>139</sup>.
- Mammans kulturella bakgrund ska beaktas i handledningen<sup>137,138,140–142</sup>.
- Mammor har nytta av stöd av en kamratstödjare från den egna kulturella referensgruppen<sup>139,151</sup>.
- Sakkunnig amningsrådgivning på förlossningssjukhuset bidrar till att klara av att amma särskilt i sådana mammagrupper där amning annars förekommer i genomsnitt mer sällan<sup>81</sup>.
- Mammor behöver snabb och professionell hjälp vid amningsproblem. De behöver särskilt känsligt lyssnande och stöd för att anpassa sig till problemsituationer.<sup>148</sup>

➤ **eftersom amningsstöd inte torde skapa mervärde för amning av spädbarn som vårdas på sjukhus på grund av hyperbilirubinemi<sup>152</sup>. (C)**

## 4. Kamratstöd som stöd för amning

Erbjud mamman möjlighet till kamratstöd vid sidan av stöd som erbjuds av hälsovårdspersonalen,

➤ **eftersom kamratstöd uppenbarligen stöder amning<sup>31,153–155</sup>, (B)**

- Kamratstöd under graviditeten ökar amning på förlossningssjukhuset, men dess effekt syns inte längre sex veckor efter hemkomsten<sup>156</sup>.
- Tröskeln för telefonstöd med en kamratstödjare är lägre än för hembesök av en kamratstödjare<sup>157</sup>.
- Alla mammor använder inte kamratstöd, även om det finns tillgängligt<sup>157–159</sup>.

➤ **eftersom gemensamt stöd som erbjuds av hälsovårdspersonalen och kamratstödjare stöder amningen allra bäst<sup>59,91</sup>. (A)**

- Amningsstöd som genomförs i samarbete av utbildade och erfarna kamratstödjare och yrkespersoner ökar inledande av amning<sup>59</sup>, fortsättning av den<sup>66,70,103,112,139,159–163</sup> och är viktigt för mammor med låga inkomster. Man uppskattar de nya mänskliga relationerna som gruppen erbjuder<sup>161</sup>.
- Enbart kamratstöd utan professionellt stöd är inte tillräckligt<sup>162</sup>.
- En kombination av professionellt stöd och kamratstöd på en amningspoliklinik eller i en stödgrupp ökar amning bland invandrare<sup>139</sup>.
- En kombination av professionellt stöd och kamratstöd, där pappan, de övriga familjemedlemmarna och vännerna beaktas är viktig. Mammor som deltar i en amningsstödgrupp ammar sannolikt längre (minst två månader).<sup>112</sup>



- En utbildad kamratstödjares deltagande i en grupphandledning som leds av en yrkesperson, som börjar under graviditeten och beaktar riskgrupper ökar längden på helamningen och tillfredsställelsen med amningsupplevelsen<sup>132</sup>.
- En kombination av kamratstöd och professionellt stöd (BFHI) ökar inledandet av amning<sup>41,160</sup>.
- Kamratstöd som en del av sjukhusets Program för ett babyvänligt sjukhus har en effekt. En amningsstödgrupp som hålls av en utbildad kamratstödjare på sjukhuset och utlåning av bröstpumpar hem stöder amningen.<sup>41</sup>
- En kombination av amningsstödinterventioner som kompletterar varandra, såsom professionellt stöd och kamratstöd, ökar förekomsten av amning. Kamratstöd kan vara till nytta både i fråga om inledande av amning och dess längd.<sup>61</sup>
- En amningspoliklinik inom primärvården är en beaktansvärd stödform. På en amningspoliklinik kan man kombinera professionellt stöd och kamratstöd.<sup>84</sup>
- Stöd från en amningsstödgrupp som ordnas tillsammans av en yrkesperson inom hälsovården och en utbildad kamratstödjare är viktigt för mammor och ökar förekomsten av amning<sup>132,139,161</sup>.
- En kombination av stöd som ges av en hälsovårdare och kamratstödjare som börjar redan på sjukhuset och fortsätter hemma, ökar förekomsten av helamning och längden på amningen<sup>70</sup>.
- Telefonstöd av utbildade kamratstödjare efter förlossningen bidrar till fortsatt amning<sup>64</sup>.
- Socialt stöd från partnern och kamratstödjare ökar förekomsten av amning. Interventioner inom professionellt stöd ökar förekomsten av amning upp till två månader, kamratstöd kan ha en längre verkan.<sup>79</sup>
- Personal inom hälsovården<sup>69</sup> eller kamratstödjare<sup>157</sup> kan ge telefonstöd.
- Individuellt stöd av en kamratstödjare efter förlossningen är inte effektivt om inte intensifierat stöd erbjuds under graviditeten och på förlossningssjukhuset<sup>162,163</sup>.
- Kamratstöd ska finnas tillgängligt ända från graviditeten till avvänjningen<sup>35,48,132,158</sup>.
- Kamratstöd under graviditeten ökar förekomsten av amning på förlossningssjukhuset, men dess effekt syns inte längre sex veckor efter hemkomsten<sup>156</sup>.

## **5. Stöd på sjukhuset enligt Programmet för ett babyvänligt sjukhus**

**Genomför amningsrådgivning enligt Programmet för ett babyvänligt sjukhus,**

- **eftersom iakttagande av vårdpraxis som stöder förekomsten av amning enligt Programmet för ett babyvänligt sjukhus (direkt hudkontakt och tidig amning inom en timme efter förlossningen, helamning på sjukhuset, samvård dygnet runt, babystyrd amning och att inte använda napp) uppenbarligen stöder amning<sup>31,164–168</sup>. (B)**

- Den första amningen inom en timme efter förlossningen ökar förekomsten av helamning och i allmänhet även amningstidens längd<sup>32,169–171</sup>.
- Att börja amma i förlossningssalen har en koppling till helamning under sjukhustiden<sup>172</sup>.
- Helamning på förlossningssjukhuset har en koppling till helamning hemma och generellt till en längre amning<sup>32,143,169–171,173,174</sup>.
- Samvård dygnet runt ökar förekomsten av helamning och förlänger amningen<sup>32,169–171</sup>.
- Babystyrd amning ökar förekomsten av helamning och förlänger amningen<sup>169,170</sup>.
- Att undvika att använda napp på förlossningssjukhuset har en koppling till helamning hemma och vanligen till en längre amningstid<sup>32,169–171</sup>.
- Verksamhet enligt Programmet för ett babyvänligt sjukhus förlänger amningen<sup>32,41,42,61,74,169,170</sup>.
- Genomförande av alla steg i Programmet för ett babyvänligt sjukhus ökar längden på amningen allra bäst<sup>136,169,170</sup> och förlänger helamningen både för barnet i fråga och för följande barn<sup>175</sup>.

## Rekommendationens tillförlitlighet

Följande faktorer minskar rekommendationens tillförlitlighet:

- Den kompletterande sökningen för vådrekommandationen för 2015–2020 gjordes för systematiska översikter. Därmed kan enskilda ursprungliga studier, som publicerats under 2015–2020 och som uppfyller inklusionskriterierna, ha lämnats utanför vådrekommandationen.
- Studiernas interventioner var vanligen förhållandevis omfattande program som kombinerade flera sätt att genomföra amningsrådgivning. Interventionerna var även långvariga, och fortsatte i bästa fall från graviditeten till tiden efter babys födsel. Det är omöjligt att exakt definiera vilken effekt en enskild del av en intervention har.

## Ibruktage av rekommendationen

Hälsovårdspersonalen och amningsrådgivningen som de ger har en nyckelroll vid främjande av amning. I Finland finns det ett aktivt, omfattande nätverk för amningsutbildare och för personer som genomfört IBCLC-examen. Nätverket samarbetar med THL:s nationella amningskoordinator, den nationella uppföljningsgruppen för att främja amning, Amningshjälpen rf och andra instanser som stöder amning. Nätverket av amningsutbildare kommer att ha en viktig ställning vid införandet av rekommendationen.

En separat handbok<sup>176</sup> om implementering av amningsrådgivning som utgår från evidens har publicerats. Införandet av denna vådrekommandation förutsätter ett multiprofessionellt och organisationsöverskridande samarbete samt gemensamt engagemang i främjande av amning. Hälsovårdspersonalen ska ha en tillräcklig utbildning för att ge amningsrådgivning enligt

rekommendationen. Alla som vårdar eller behandlar barnfamiljer ska åtminstone ha genomfört en amningsrådgivarutbildning på 20 timmar som följer WHO:s riktlinjer. Dessutom ska enheter ha utsedda personer som svarar för utvecklingen av amningsrådgivning (s.k. enhetsvisa eller regionala amningskoordinatorer eller personer som ansvarar för ett babyvänligt sjukhus). Dessa personer ska ha antingen en amningsrådgivarexamen eller IBCLC-examen. Även stöd från ledningen är av yttersta vikt.

Den vårdpraxis som rekommendationen och WHO:s Program för ett babyvänligt sjukhus presenterar ska införas kontrollerat. Särskilt vid granskning av kriterier för tillägg ska man först beakta att de övriga interventionerna som främjar amning uppfylls.<sup>18</sup> Ett kontrollerat införande ökar även familjernas möjligheter att av olika yrkespersoner få enhetlig amningsrådgivning av hög kvalitet. Amningsrådgivningen och de rekommendationer som presenteras här bör uppfyllas under hela vårdförloppet: från mödravården via förlösningssjukhuset till barnrådgivningen.

## Uppdatering av rekommendationen

Det rekommenderas att rekommendationen uppdateras inom fem år. På grund av den rikliga evidensen är det bra att också i fortsättningen koncentrera informationssökningen på systematiska översikter.

## Teman för vidare forskning

Som teman för fortsatta undersökningar föreslås:

1. Identifiering av mammor som hör till riskgrupper (t.ex. överviktiga mammor och spädbarn som behöver behandling för hyperbilirubinemi) och effekten av amningsrådgivning och -stöd som riktas till dem.
2. Vilken effekt på amningen det har att i mödravårdsarbetet dels använda sig av den senaste familjecentrerade vårdpraxisen och dels av att skilja på barnaföderskor med större risk från friska barnaföderskor (t.ex. patienthotell, hembesök av barnmorskor) .
3. Effekten av kamratstödjares utbildning på effekten av det amningsstödet de ger. Särskilt forskningsupplägg som jämför amningsstöd som ges av utbildade och icke-utbildade kamratstödjare.
4. Den utökade familjens (föräldrar och babys mor- och farföräldrar, äldre syskon) roll i att stödja amningen och dess effekt på amning.
5. Tillämpning av nätbaserade interventioner och dess effekter på amningen.

## Källor

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. 2016. Y Rollins NC for the Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 387, 475–490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines J, Victora CG. 2016. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* 387, 491–504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
3. American Academy of Pediatrics. 2012. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 129: 600–603. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3552>.
4. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. 2012. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 16(5), CD001141.
5. Laanterä S. 2011. Breastfeeding counseling at the maternity health care. Dissertations in Health Sciences. University of Eastern Finland. Kuopio.
6. Vaarno J. 2016. Parental influences and mothers' experiences on infant and young child feeding. *Annales Universitatis Turkuensis D 1233*. University of Turku. Turku.
7. Thomson G, Ebisch-Burton K, Flacking R. 2015. Shame if you do--shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Maternal and Child Nutrition* 11(1), 33–46. doi: 10.1111/mcn.12148.
8. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lapset, nuoret perheet. Kasvun kumppanit. Vauva-myönteisyys ja vauvamyönteisyyssertifikaatti. Saatavissa: [https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ja\\_lastenneuvola/vauvamyonteisyys](https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/vauvamyonteisyys) (på finska)
9. Gissler M, Kiuru S. Perinataaltilasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018. Tilastoraportti 49/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (på finska)
10. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TMA, Breda J. 2015. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region member states. *Public Health Nutrition* 19(4), 753–764. doi:10.1017/S1368980015001767
11. Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T, Virtanen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Raportti 8/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (på finska)
12. Klemetti R, Vuorenmaa M, Ikonen R, Hedman L, Ruuska T, Kivimäki H, Rajala R. Mitä vauvaperheille kuuluu? LTH-tutkimuksen 3–4-kuukautisten vauvojen ja heidän perheidensä pilottitutkimuksen peruseräraportti. Työpaperi 18/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (på finska)
13. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338> (på finska)
14. Hakulinen T, Otronen K, Kuronen M (toim). Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022. Ohjaus 24/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (på finska)
15. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (kirj.) & Klemetti R, Hakulinen-Viitanen T (toim.). Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (på finska)
16. Klemetti R, Raussi-Lehto E. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (på finska)
17. Syödään yhdessä - ruokasuositukset lapsiperheille. Kide 26/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (på finska)
18. WHO. 2016. Infant and young child feeding. Saatavissa: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/World Health Organization](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/World_Health_Organization). National implementation of the Baby-

- Friendly Hospital Initiative 2017. Switzerland. Saatavissa: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>
19. WHO. 2017. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services Guideline. Saatavissa: <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
  20. Menino Diniz CM, Pedrosa Leal L, Gomes Guedes T, Pereira Linhares FM, Pontes CM. 2019. Contributions of mobile applications on the breastfeeding practice: Integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem* 32(5), 571-577. doi: 10.1590/1982-0194201900079.
  21. WHO. 2002. The World Health Organization's infant feeding recommendation. Saatavissa: [https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/en/](https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/)
  22. International Lactation Consultant Association. What is an IBCLC? Saatavissa: <https://www.ilca.org/why-ibclc/ibclc>
  23. Imetyksen tuki ry. Koulutettu imetyksen vertaistuki. Saatavissa: <https://imetyks.fi/koulutettu-imetyksen-vertaistuki/> (på finska)
  24. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (på finska)
  25. Siltanen H, Heikkilä K, Parisod H, Tuomikoski A, Tuomisto S, Holopainen A. 2019. Hoitosuosituksen laadinta – käsikirja työryhmille. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/hoitosuosituskasikirja-final-26022019-1.pdf> (på finska)
  26. Ekström A, Kylberg E, Nissen E. 2012. A process-oriented breastfeeding training program for healthcare professionals to promote breastfeeding: An intervention study. *Breast-feeding Medicine* 7(2), 85–92.
  27. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, Hunter K, Meek J, Morton J, Williams T, Naylor A, Lawrence RA. 2010. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 126(2), 289–297.
  28. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. 2017. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8. Art. No.: CD009326.
  29. Kim SK, Park S, Oh J, Kim J, Ahn S. 2018. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies* 80, 94–105.
  30. Hannula L, Leino-Kilpi H, Puukka P. 2006. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytysaikaalassa – äitien näkökulma. *Hoitotiede* 18(4), 175–185. (på finska)
  31. Kronborg H, Væth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. 2007. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster randomized community based trial. *Acta Paediatrica* 96, 1064–1070.
  32. Ekström A, Nissen E. 2006. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics* 118, e309–e314.
  33. Dennis CL. 2002. Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 31(1), 12–32.
  34. Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. 2001. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstetrics & Gynecology* 97(2), 290–295.
  35. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, Schelstraete C, Vittoz JP, Francois P, Pons JC. 2005. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 115(2), e139–146.
  36. Shinwell ES, Churgin Y, Shlomo M, Shani M, Flidel-Rimon O. 2006. The effect of training nursery staff in breastfeeding guidance on the duration of breastfeeding in healthy term infants. *Breastfeeding Medicine* 1, 247–252.

37. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. 2007. Support for breastfeeding mother (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 1*: Art. No. CD001141.
38. Hoddinott P, Roisin P, Chalmers M. 2007. Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Family Practice* 24, 84–91.
39. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes JS, Cimo S, Cook JT. 2001. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics* 108(3), 677–681.
40. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuik D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E & PROBIT Study Group. 2001. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 285(4), 413–420.
41. McFadden A, Renfrew MJ, Wallace LM, Dykes F, Abbot S, Burt S, Kosmala-Anderson J. 2006. Does breastfeeding really matter? A national multidisciplinary breastfeeding knowledge and skills assessment. *MIDIRS Midwifery Digest* 17, 85–88.
42. Dennis CL. 2002. Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled trial. *BIRTH* 29, 169–176.
43. Raine P. 2003. Promoting breast-feeding in a deprived area: the influence of a peer support initiative. *Health and Social Care in the Community* 11, 463–469.
44. Rossmann B. 2007. Breastfeeding peer counselors in the United States: helping to build a culture and tradition of breastfeeding. *Journal of Midwifery & Women's Health* 52(6), 631–637.
45. Chapman DJ, Damio G, Young S, Pérez-Escamilla R. 2004. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158, 897–902.
46. Anderson AK, Damio G, Young S, Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. 2005. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 159, 836–841.
47. Meier ER, Olson BH, Benton P, Eghtedary K, Song WO. 2007. A qualitative evaluation of a breastfeeding peer counselor program. *Journal of Human Lactation* 23(3), 262–268.
48. Hoddinott P, Lee AJ, Pill R. 2006. Effectiveness of a breastfeeding peer coaching intervention in rural Scotland. *Birth* 33(1), 27–36.
49. Hoddinott P, Chalmers M, Pill R. 2006. One-to-one or group-based peer support for breast-feeding? Women's perceptions of a breastfeeding peer coaching intervention. *Birth* 33(2), 139–146.
50. Bick D, Murrells T, Weavers A, Val R, Wray J, Beake S. 2012. Revising acute care systems and processes to improve breastfeeding and maternal postnatal health: a pre and post intervention study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12, 41. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/41>
51. Rosen IM, Krueger MV, Carney LM, Graham JA. 2008. Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. *MCN, American Journal of Maternal Child Health* 33(5), 315–319.
52. Meedya S, Fahy K, Yoxall J, Parratt J. 2014. Increasing breastfeeding rates to six months among nulliparous women: A quasi-experimental study. *Midwifery* 30(3), e137–144.
53. Wong KL, Tarrant M, Lok KYW. 2015. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: A systematic review. *Journal of Human Lactation* 31(3), 354–366.

54. Wong KL, Fong DYT, Lee ILY, Chu S, Tarrant M. 2014. Antenatal education to increase exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* 124(5), 961–968.
55. Wouk K, Tully KP, Labbok MH. 2017. Systematic review of evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative step 3: Prenatal breastfeeding education. *Journal of Human Lactation* 33(1), 50–82.
56. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. 2016. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub4
57. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, Gavine A, Girard L-C, Symon A, MacGillivray S. 2019. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal* 14(42), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>
58. Meedyda S, Fernandez R, Fahy K. 2017. Effect of educational and support interventions on long-term breastfeeding rates in primiparous women, *JBISIRIR-2016-002955*
59. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. 2000. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment* 4(25), 1–171.
60. Gill SL, Reifsnider E, Lucke JF. 2007. Effects of support on the initiation and duration of breastfeeding. *Western Journal of Nursing Research* 29, 708–723.
61. Reeve JR, Gull SE, Johnson MH, Hunter S, Streather M. 2004. A preliminary study on the use of experiential learning to support women's choices about infant feeding. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 113(2), 199–203.
62. Ryser FG. 2004. Breastfeeding attitudes, intention, and initiation in low-income women: the effect of the best start program. *Journal of Human Lactation* 20(3), 300–305.
63. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. 2006. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35, 616–624.
64. Martens PJ. 2002. Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level: an evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs. *Journal of Human Lactation* 18(3), 236–246.
65. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, Parides M, Bickell N. 2014. An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery. *American Journals of obstetrics and Gynecology* 210(229), e1–5.
66. Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM. 2018. Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5).
67. Kassianos AP, Ward E, Rojas-Garcia A, Kurti A, Mitchell FC, Nostikasari D, Payton J, Pascal-Saadi J, Adams Spears C, Notley C. 2019. A systematic review and meta-analysis of interventions incorporating behaviour change techniques to promote breastfeeding among postpartum women. *Health Psychology Review* 13(3), 344–372. DOI: 10.1080/17437199.2019.1618724
68. Pugh L, Milligan R, Frick K, Spatz D, Bronner Y. 2002. Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth* 29(2), 95–100.
69. Porteous R, Kaufman K, Rush J. 2000. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant* 16(4), 303–308.

70. Bonuck KA, Trombley M, Freeman K, McKee D. 2005. Randomized, controlled trial of a pre-natal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breast-feeding up to 12 months. *Pediatrics* 116(6), 1413–1426.
71. Manhire KM, Hagan AE, Floyd SA. 2007. A descriptive account of New Zealand mothers' responses to open-ended questions on their breastfeeding experiences. *Midwifery* 23, 372–381.
72. Bartington S, Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C & the Millenium Cohort Study Child Health Group. 2006. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *International Journal of Epidemiology* 35, 1178–1186.
73. Henderson A, Stamp G, Pincomb J. 2001. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 28(4), 236–242.
74. Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons J. 2003. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 110(9), 847–852.
75. Di Napoli A, Di Lallo D, Fortes C, Franceschelli C, Armeni E, Guasticchi G. 2004. Home breastfeeding support by health professionals: findings of a randomized controlled trial in a population of Italian women. *Acta Paediatrica* 93, 1108–1114.
76. Kools EJ, Thijs C, Kester AD, van den Brandt PA, de Vries H. 2005. A breast-feeding promotion and support program a randomized trial in The Netherlands. *SO: Preventive medicine* 40(1), 60–70.
77. Wallace LM, Dunn OM, Alder EM, Inch S, Hills RK, Law SM. 2006. A randomized controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breastfeeding duration. *Midwifery* 22, 262–273.
78. Wilhelm SL, Flanders Stepan MB, Hertzog M, Callahan Rodehorst TKC, Gardner P. 2006. Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35, 340–348.
79. Castrucci BC, Hoover KL, Lim S, Maus KC. 2006. A comparison of breastfeeding rates in urban birth cohort among women delivering infants at hospital that employ and do not employ lactation consultants. *Journal of Public Health Management Practice* 12, 578–585.
80. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. 2002. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 18(2), 87–101.
81. Porter Lewallen L, Dick MJ, Wall Y, Taylor Zickefoose K, Hensley Hannah S, Flowers J, Powell W. 2006. Toward a clinically useful method of predicting early breast-feeding attrition. *Applied Nursing Research* 19, 144–148.
82. Adams C, Berger R, Conning P, Cruikshank L, Dore K. 2001. Breastfeeding trends at a Community Breastfeeding Center: an evaluative survey. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 30(4), 392–400.
83. Kingston D, Dennis CL, Sword W. 2007. Exploring breastfeeding self-efficacy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 21, 207–215.
84. Hailes, Wellard. 2000. Support for breastfeeding in the first postpartum month: perceptions of breastfeeding women. *Breastfeeding Review* 8(3), 5–9.
85. Foster D, McLachlan H, Lumley J, Beanland C, Waldenström U, Amir L. 2004. Two mid-pregnancy interventions to increase the initiation and duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *Birth* 31(3), 176–182.
86. Lavender T, Baker L, Smyth R, Collins S, Spofforth A, Dey P. 2005. Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112(8), 1047–1053.



87. Hannula L, Kaunonen M, Puukka P. 2013. A study to promote breast feeding in Helsinki Metropolitan area in Finland. *Midwifery* 30(6), 696–704. DOI:10.1016/j.midw.2013.10.005. Epub 2013 Oct 16.
88. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM, Manawadu PM, Senanayake SJ. 2018. Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 18, 1140. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6037-x>
89. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. 2003. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 17(4), 407–417.
90. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori S. 2013. Schedules for home visits in early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 23(7) CD009326. doi: 10.1002/14651858.CD009326.pub2.
91. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. 2012. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies *Cochrane Database Syst Rev.* 16(5) CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.
92. Lavender T, Richens Y, Milan S J, Smyth R, Dowswell T. 2013. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 18(7) DOI: 10.1002/14651858.CD009338.pub2.
93. Pollard DL. 2011. Impact of a Feeding Log on Breastfeeding Duration and Exclusivity. *Maternal & Child Health Journal* 15(3), 395–400.
94. Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, Scott JA, Oddy WH. 2011. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatrica* 100, 534–537.
95. Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Flood VM. 2011. Effectiveness of an Early Intervention on Infant Feeding Practices and “Tummy Time”: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 165(8), 701–707.
96. Balogun OO, O’Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. 2016. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11).
97. Cheng LY, Wang X, Mo PK. 2019. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: A systematic review. *International Journal of Public Health* 64(7), 999–1014.
98. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan B, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. 2017. Support for health breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).
99. Johnston ML, Esposito N. 2007. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 36, 9–20.
100. Hoyer S, Horvat L. 2000. Successful breast-feeding as a result of a health education programme for mothers. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1158–1167.
101. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. 2001. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation* 17(4), 326–343.
102. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. 2003. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence re-view and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine* 1(2), 70–78.
103. Hauck Y, Hall WA, Jones C. 2007. Prevalence, self-efficacy and perceptions of conflicting advice and self-management: effects of a breastfeeding journal. *Journal of Advanced Nursing* 57, 306–317.

- 104.Gribble KD. 2001. Mother-to-mother support for women breastfeeding in unusual circumstances: a new method for an old model. *Breastfeeding Review* 9(3), 13–19.
- 105.Fallon AB, Hegney D, O'Brien M, Brodribb W, Crepinsek M, Doolan J. 2005. An evaluation of a telephone-based postnatal support intervention for infant feeding in a regional Australian city. *Birth* 32(4), 291–298.
- 106.Nichols J, Schutte NS, Brown RF, Dennis C-L, Price I. 2009. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes. *Health Education & Behavior* 36(2), 250–259.
- 107.Otsuka K, Taguri M, Dennis C-L, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, Jimba M. 2014. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: Do hospital practices make a difference? *Maternal Child Health Journal* 18, 296–306. Doi 10.1007/s10995-013-1265-2.
- 108.Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis C-L. 2015. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 135(1), 102–110.
- 109.Oliveira IBB, Leal LP, Coriaolano-Marinus MWL, Santos, AHS, Horta BL, Pontes CM. 2017. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed for women and her social network. *Journal of Advanced Nursing* 73(2), 323–335.
- 110.Kruske S, Schmied V, Cook M. 2007. The 'Earlybird' gets the breastmilk: findings from an evaluation of combined professional and peer support groups to improve breastfeeding duration in the first eight weeks after birth. *Maternal & Child Nutrition* 3(2), 108–119.
- 111.Ekstrom A, Widstrom A, Nissen E. 2003. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *BIRTH* 30, 261–266.
- 112.Ingram J, Johnson D. 2004. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 20(4), 367–379.
- 113.Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. 2004. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 191, 708–712.
114. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D' Amora S, Continisio P. 2005. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 116(4), e494–498.
- 115.Swanson V, Power KG. 2005. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing* 50(3), 272–282.
- 116.Grassley JS, Eschiti VS. 2007. Two generations learning together: facilitating grandmothers' support of breastfeeding. *International Journal of Childbirth Education* 22(3), 23–26.
- 117.Lavender T, McFadden C, Baker L. 2006. Breastfeeding and family life. *Maternal and Child Nutrition* 2, 145–155.
- 118.Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S, Howat P. 2013. Education and Support for fathers Improves Breastfeeding Rates: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Human Lactation* 29(4), 484–490.
- 119.Abbass-Dick J, Brown HK, Jackson KT, Rempel L, Dennis C. 2019. Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery* 75, 41–51.
- 120.Ngoenthong P, Sansiriphun N, Fongkaew W, Chaloumsuk N. 2020. Integrative review of fathers' perspectives on breastfeeding support. *JOGNN - Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* 49(1), 16–26.
- 121.Davidson EL, Ollerton RL. 2020. Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: An integrative review. *Women and Birth* 33(1), e15–e23.
- 122.Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, van Schayck CP. 2008. Factors associate with the duration of exclusive breast-feeding in astmatic families. *Health Education Research* 23(1), 158–169.

123. Pugh LC, Serwint JR, Frick KD, Nanda JP, Sharps PW, Spatz DL, Milligan RA. 2010. A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Academic Pediatrics* 10(1), 14–20.
124. Petrova A, Ayers C, Stechna S, Gerling J A, Mehta R. 2009. Effectiveness of exclusive breastfeeding promotion in low-income mothers: A Randomized Controlled Study. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 4(2), 63–69.
125. Carlsen EM, Kyhnaeb A, Renault KM, Cortes D, Michaelsen KF, Pryds O. 2013. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. *The American Journal of Clinical Nutrition* 98(5), 1226–1232.
126. Jarlenski MP, Bennett WL, Bleich SN, Barry CL, Stuart EA. 2014. Effects of breastfeeding on postpartum weight loss among U.S women. *Preventive Medicine* 69, 146–150. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.09.018. Epub 2014 Oct 5
127. Lihavuus aikuisilla. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/khp00017>
128. Chang Y-S, Glaria AA, Davie P, Beake S, Bick D. 2020. Breastfeeding experiences and support for women who are overweight or obese: A mixed-methods systematic review. *Maternal and Child Nutrition* 16, e12865. <https://doi.org/10.1111/mcn.12865>
129. Fair FJ, Ford GL, Soltani H. 2019. Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 9. Art. No.: CD012099. DOI: 10.1002/14651858.CD012099.pub2.
130. Lamontagne C, Hamelin A, St-Pierre M. 2009. An assessment of the impact of breastfeeding clinic attendance on women's breastfeeding experiences. *Journal of Human Lactation* 25(1), 42–54.
131. Porter Lewallen L. 2006. A review of instruments used to predict early breastfeeding attrition. *The Journal of Perinatal Education* 15, 26–41.
132. Vari PM, Camburn J, Henly SJ. 2009. Professionally mediated peer support and early breastfeeding. *Journal of Perinatal Education* 9(1), 22–30.
133. Greenwood K, Littlejohn P. 2002. Breastfeeding intentions and outcomes of adolescent mothers in the Starting Out program. *Breastfeeding Review* 2002;10(3), 19–23.
134. Kools EJ, Thijs C, Kester ADM, de Vries H. 2006. The motivational determinants of breastfeeding: Predictors for the continuation of breast-feeding. *Preventive Medicine* 43, 394–401.
135. Cricco-Lizza R. 2006. Black non-hispanic mothers' perceptions about the promotion of infant-feeding methods by nurses and physicians. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35, 173–180.
136. Haneuse S, Sciacca J, Ratliff M, Alexander D, Rivero ME. 2000. Factors influencing breastfeeding rates among Arizona WIC participants. *American Journal of Health Behavior* 24(4), 243–253.
137. Dulon M, Kersting M, Bender R. 2003. Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany. *Acta Paediatrica* 92(6), 653–658.
138. Singh GK, Kogan MD, Dee DL. 2007. Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States, 2003. *Pediatrics* 119, S38–S46.
139. Finigan V. 2003. Providing breastfeeding support to ethnically diverse groups of mothers. *Professional Nurse* 18(9), 524–528.

140. Loiselle CG, Semenic SE, Cote B, Lapointe M, Gendron R. 2001. Impressions of breastfeeding information and support among first-time mothers within a multiethnic community. *Canadian Journal of Nursing Research* 33(3), 31–46.
141. Chertok IR, Shoham-Vardi I, Hallack M. 2004. Four-month breastfeeding duration in post-caesarean women of different cultures in the Israeli Negev. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 18(2), 145–160.
142. Glover M, Manaena-Biddle H, Waldon J. 2007. Influences that affect Maori women breastfeeding. *Breastfeeding Review* 15, 5–14.
143. Sheehan D, Watt S, Krueger P, Sword W. 2006. The impact of a new universal program on breastfeeding outcomes. *Journal of Human Lactation* 22, 398–408.
144. Baxter J. 2006. Women's experience of infant feeding following birth by caesarean section. *British Journal of Midwifery* 14, 290–295.
145. Dennis C-LE. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health* 29, 256–268.
146. Hall WA, Hauck Y. 2007. Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* 44, 786–795.
147. Merewood A, Patel B, Nile Newton K, MacAuley LP, Chamberlain LB, Francisco P, Mehta SD. 2007. Breastfeeding duration rates and factors affecting continued breastfeeding among infants born at an inner-city US Baby-friendly hospital. *Journal of Human Lactation* 23, 157–164.
148. Kvist LJ, Wilde Larsson B, Hall-Lord ML. 2006. A grounded theory study of Swedish women's experiences of inflammatory symptoms of the breast during breastfeeding. *Midwifery* 22, 137–146.
149. Hill PD, Aldag JC. 2007. Predictors of term infant feeding at week 12 postpartum. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 21, 250–255.
150. Scott JA, Mostyn T. 2003. Women's experiences of breastfeeding in a bottle-feeding culture. *Journal of Human Lactation* 19, 270–277.
151. Anderson AK, Damio G, Chapman DJ, Perez-Escamilla R. 2007. Differential response to an exclusive breastfeeding peer counseling intervention: the role of ethnicity. *Journal of Human Lactation* 23(1), 16–23.
152. Pound CM, Moreau K, Rohde K, Barrowman N, Aglipay M, Farion KJ, Plint AC. 2015. Lactation support and breastfeeding duration in jaundiced infants: A Randomized Controlled Trial. *PLOS ONE* 10(3), e0119624.
153. Srinivas GL, Benson M, Worley S, Schulte E. 2015. A clinic-based breastfeeding peer counselor intervention in an urban, low-income population: Interaction with breastfeeding attitude. *Journal of Human Lactation* 31(1), 120–128.
154. Reeder JA, Sibley K, Arnold D, Altindag O. 2014. Telephone peer counseling of breastfeeding among WIC participants: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 134(3), e700–709.
155. Olson BH, Haider SJ, Vangjel L, Bolton TA, Gold JG. 2010. A quasi-experimental evaluation of a breastfeeding support program for low income women in Michigan. *Maternal & Child Health Journal* 14(1), 86–93.
156. McInnes RJ, Love J, Stone D. 2000. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. *Journal of Public Health Medicine* 22, 138–145.
157. Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. 2004. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding. *BMJ (Clinical research ed)* 328, 26–31.
158. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. 2002. The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 166, 21–28.

159. Chapman DJ, Damio G, Young S, Pérez-Escamilla R. 2004. Effectiveness of breast-feeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158, 897–902.
160. Ahluwalia IB, Tessaro I, Grummer-Strawn LM, MacGowan C, Benton-Davis S. 2000. Georgia's breastfeeding promotion program for low-income women. *Pediatrics* 105(6), E85.
161. Alexander J, Anderson T, Grant M, Sanghera J, Jackson D. 2003. An evaluation of a support group for breast-feeding women in Salisbury, UK. *Midwifery* 19(3), 215–220.
162. McInnes RJ, Stone DH. 2001. The process of implementing a community-based peer breast-feeding support programme: the Glasgow experience. *Midwifery* 17(1), 65–73.
163. Muirhead PE, Butcher G, Rankin J, Munley A. 2006. The effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised trial. *British Journal of General Practice* 56, 191–197.
164. DiGirolamo A, Grummer-Strawn L, Fein S. 2008. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 122, S43–S49.
165. Pincombe J, Baghurst P, Antoniou G, Peat B, Henderson A, Reddin E. 2008. Baby Friendly Hospital Initiative practices and breastfeeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery* 24(1), 55–61.
166. Broddrib W, Kruske S, Miller Y. 2013. Baby-Friendly Hospital accreditation, in-hospital care practices, and breastfeeding. *Pediatrics* 131(4), 685–692.
167. Declercq E, Labbok MH, Sakala C, O'Hara M. 2009. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *American Journal of Public Health* 99(5), 929–935.
168. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. 2016. Effect of restricted pacifier use in breast-feeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8. Art. No: CD007202. DOI: 10.1002/14651858.CD007202.pub4.
169. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. 2001. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 28(2), 94–100.
170. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. 2005. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 116(5), Supplement: e702–708.
171. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. 2007. Hospital practices that increase breastfeeding duration. *BIRTH* 34, 202–211.
172. Kamara C, Simpson D, Teasdale C, Whalen G, Bell S, Giovanetto L. 2007. Intervening to promote early initiation of breastfeeding in the LDR. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 32, 117–121.
173. Petrova A, Hegyi T, Mehta R. 2007. Maternal race/ethnicity and one-month exclusive breastfeeding in association with in-hospital feeding modality. *Breastfeeding Medicine* 2, 92–98.
174. Dodgson JE, Codier E, Kaiwi P, Oneba MFM, Pagano I. 2007. Breastfeeding patterns in a community of native Hawaiian mothers participating in WIC. *Family & Community Health* 30, S46–S58.
175. Kramer MS, Fombonne E, Igumnov S, Vanilovich I, Matush L, Mirinova E, Bognatovich N, Tremblay RE, Chalmers B, Zhang X, Platt RW. 2008. Effect of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics* 121, 435–440.
176. Ikonen R, Parisod H, Tuomikoski A, Siltanen H, Hakulinen T, Holopainen A. *Vauvamyön-teisyysohjelma käyttöön – käsikirja yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseen. Raportti 1/2019. Hoitotyön tutkimussäätiö & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.* <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/10/netti-vauvamyonteisyys-kasikirja.pdf> (på finska)

## **Bilagor**

Bilagorna finns vanligtvis som separata filer.