



Helsedirektoratet

Nytt liv og trygg barseltid for familien

Kortversjon av nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen

Heftets tittel: Nytt liv og trygg barseltid for familien
Kortversjon av nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen

Utgitt: 2014

Bestillingsnummer: IS-2086

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000, St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, OSLO

Tlf.: 810 20 050
www.helsedirektoratet.no

Hftet er tilgjengelig: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default.aspx>

Forord

Kortversjonen av *Retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien* IS-2057 er laget for å gi helsepersonell en rask innføring i retningslinjen. Retningslinjen er utarbeidet på bakgrunn av St.meld. nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. I meldingen er det flere innsatsområder for å nå målet om en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Et familievennlig barseltilbud er ett av områdene. Anbefalingene i retningslinjen er et virkemiddel for å bidra til:

- enhetlig nasjonal praksis i barselomsorgen
- forutsigbare og helhetlige pasientforløp
- god kvalitet på barseltilbudet
- riktige prioriteringer i barselomsorgen

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien skal bidra til en faglig forsvarlig barselomsorg. Uavhengig av om en er hjemme eller på sykehus den første perioden av barseltiden, skal den tilrettelegges slik at den oppleves som forutsigbar og familievennlig. En god barselomsorg er lett tilgjengelig for brukerne. En individuell barselomsorg tar hensyn til familiens, morens og spedbarnets behov.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for organiseringen av et sammenhengende og helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Overordnet avklares ansvaret og rollene i samarbeidsavtaler.

Nødvendige forutsetninger for en planlagt barselomsorg:

Seleksjon i svangerskapsomsorgen bidrar til identifisering av ressurser, behov og risikotilstander hos kvinnen for å planlegge en god fødsel og barseltid.

Brukermedvirkning innebærer at kvinnen og hennes partner er kjent med barseltilbudet før fødselen, får tilbud om en individualisert barselomsorg ved fødeinstitusjon og helsestasjon, mottar tilstrekkelig informasjon og kan foreta informerte beslutninger.

Kvalitet omfatter kvalitetskrav til barselomsorgen og en systematisk iverksetting av anbefalingene i retningslinjen.

Organisering innebærer tydelig fordeling av oppgaver og ansvar med forpliktende samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Ressurser betyr her helsepersonell med tilstrekkelig fagkompetanse og tid.

En iverksetting av anbefalingene i *Retningslinje for barselomsorgen - Nytt liv og trygg barseltid for familien* innebærer en større oppmerksomhet i omsorgen for familier som får barn. En styrking av tilbudet omfatter hjemmebesøk til alle, forutsigbar oppfølging og konsekvent informasjon til familien.

Innhold

Forord	3
1 Myndighetskrav og organisering	6
1.1 Dokumentasjon og utveksling av opplysninger	6
1.2 Organisering av barselomsorgen	7
1.3 Likeverdige tjenester	8
2 Om retningslinjen for barselomsorgen	9
3 God start for familien	11
3.1 Kroppskontakt med barnet - tilknytning	11
3.2 Støtte til kvinner som ammer	11
3.3 Samtaler etter fødselen	12
3.4 Utreise fra føde-/barselavdelingen	12
3.5 Hjemmebesøk	12
3.6 Undervisning og informasjon	13
3.7 Psykososial og psykologisk støtte	13
3.8 Familier i en sårbar og utsatt livssituasjon	13
4 Om barnet	14
4.1 Spedbarnets ernæring og vekst	14
4.2 Screening og undersøkelse av nyfødte	16
4.3 Kliniske tilstander hos nyfødte	17
5 Vaksiner og behandling for å forebygge smittsomme sykdommer	19
5.1 Forebygging av hepatitt B	19
5.2 Forebygging av tuberkulose	20
5.3 Rubellavaksine til kvinner med usikker immunitet	20
6 Om mor	21
6.1 Barselkvinnens helse	21
6.2 Komplikasjoner hos barselkvinner	23

1 Myndighetskrav og organisering

Spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven inneholder krav om at de helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven, skal være forsvarlige. Kravet til forsvarlighet er formulert som et pålegg om at tjenestene tilrettelegges slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Tjenestene skal tilrettelegges slik at personell som utfører dem, blir i stand til å overholde lovpålagte plikter.

En faglig forsvarlig barselomsorg er betinget av en tydelig organisering, klar tilrettelegging og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forpliktende lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal ivareta fordeling og organisering av oppgavene innen barselomsorgen. Det overordnede målet med den lovpålagte ordningen er å sikre at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

Forsvarlighetskravet forutsetter at personell som skal yte barselomsorg, har den nødvendige faglige kompetanse. Forsvarlighetskravet innebærer en plikt til å holde seg faglig oppdatert, vedlikeholde og oppdatere egen faglig kunnskap og være kjent med faglige anbefalinger, retningslinjer og gjeldende lovregler på sitt arbeidsfelt.

I tråd med pasient- og brukerrettighetsloven skal helsetjenesten legge til rette for at pasienter skal kunne ta et selvstendig ansvar og fatte beslutninger på et informert grunnlag.

1.1 Dokumentasjon og utveksling av opplysninger

I arbeidet med å tilrettelegge for en trygg barseltid har svangerskapsomsorgen en nøkkelrolle. Viktig kunnskap og dokumentasjon om kvinnens helse, familiens ressurser og utfordringer, individuelle behov og ønsker kartlegges over en lengre periode i graviditeten. Relevante og nødvendige opplysninger dokumenteres på helsekort for gravide, og viktige opplysninger kommuniseres med føde-/barselavdelingen i god tid før fødselen. Opplysninger av sensitiv karakter som ikke

noteres på helsekortet, kan dokumenteres i kvinnens journal på sykehuset, hos fastlegen eller hos jordmor.

Når mor og barn skal reise hjem, sendes/overføres føde- og barnejournal, melding om fødsel og epikrise (for mor og barn) til fastlege, jordmor og helsestasjon. Kvinnen bør tilbys kopier. Når mor og barn reiser hjem etter fødselen, skal fastlege, jordmor og helsestasjon varsles av føde-/barselavdelingen om hjemreise. Relevante og nødvendige opplysninger overføres til den virksomheten som har ansvar for den videre oppfølgingen.

I påvente av elektronisk meldingsutveksling og en helhetlig pasientjournal er det behov for sikre rutiner for overføring av helseopplysninger mellom tjenestene. Telefon og brevpost vil fortsatt være metoder som regnes som sikre for overføring av pasientopplysninger. Gjensidig enighet om kommunikasjonsmåte avtales mellom partene for effektiv og sikker overføring av melding om nyfødte og barselkvinner som reiser hjem.

1.2 Organisering av barselomsorgen

Det skal være tilstrekkelig med ressurser i barselomsorgen til at kvinnen kan ta kontakt dersom hun har spørsmål eller bekymringer for seg selv eller barnet. Under organisering og tilrettelegging av barselomsorgen er det nødvendig å ta hensyn til pasienter som er ukjente med norsk kultur og helsetjeneste.

Regionale helseforetak er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en flerårig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet i helseregionene sammen med berørte kommuner. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommuner og helseforetak å inngå forpliktende samarbeidsavtaler. De avtalene som inngås, har minstekrav når det gjelder fødselsomsorg, følge-tjeneste og barselomsorg. Jordmortjenesten er ett av områdene hvor det skal avtales samarbeid.

Grunnlaget for et forpliktende samarbeid legges i de avtalene som inngås. Formaliserte møteplasser bidrar til å strukturere oppgavene det er forhandlet om, og bli enig om hvordan de avtalte oppgavene løses, og om hvem som har ansvaret. Gjensidig kjennskap til oppgavene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og helsepersonellens fagområder er et viktig grunnlag for samarbeidet. Aktørene i svangerskapsomsorgen skal være kjent med det differensierte fødetilbudet og seleksjonskriteriene i sin region, og fødselsomsorgen

skal være kjent med komponentene i svangerskaps- og barseltilbudet i kommunene i sin region.

1.3 Likeverdige tjenester

Likeverdige tjenester er ikke det samme som like tjenester. Dersom alle behandles likt, kan det føre til at noen systematisk får et dårligere tilbud enn de har behov for. Etniske minoritetsgrupper kan være blant dem som kan oppleve ulikheter og svakheter i helsetjenesten, blant annet på grunn av språklige barrierer. Det kan medføre at disse gruppene ikke oppnår likeverdige tjenester.

Likeverdige tjenester tar hensyn til at folk er forskjellige. Det medfører at alt personell innen barseltjenestene respekterer mangfold og anerkjenner alle mennesker som likeverdige medlemmer av samfunnet med lik rett til tjenester. For barselomsorgen betyr det særlig at fellesskapets ressurser fordeles rettfærdig, og at det legges vekt på å identifisere den enkelte barselkvinnens og familiens behov. For brukerne er det viktig at tjenestene er utformet i samsvar med disse behovene.

En kultursensitiv kommunikasjon mellom helsepersonell og barselkvinner vil imøtekomme kvinner med unike/spesielle behov. For en kvinne som ikke snakker eller leser norsk, skal informasjonen fremstå som god nok til at kvinnen har et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke og ta valg om egen og barnets helse. Informasjonen tilpasses den enkelte kvinnes forutsetninger så som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Helsepersonell plikter å bruke tolk dersom det er språklige barrierer, se kapittel 3.5 (34).

Individuelle samtaler med pasienten er nødvendig for å kartlegge muligheter for mestring og faresignaler som kan være til stede. I hovedsak skal kvinnens og foreldrenes egen mestringsevne vektlegges og støttes. Kvinnen skal informeres om tegn og symptomer på sykdom som kan være alvorlige. Hun skal vite hvor hun kan ta kontakt, og hvem hun kontakter.

2 Om retningslinjen for barselomsorgen

Retningslinjen har fulgt en anbefalt og anerkjent metode for utvikling av faglige retningslinjer. Anbefalingene er utarbeidet på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap, brukererfaringer og klinisk praksis. Mer informasjon om kunnskapsgrunnlaget finnes i den fullstendige utgaven av *Retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien* i kapittel 13.

Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) er den metoden som er benyttet for å gradere kvaliteten på enkelte av effektstudiene. Når GRADE er benyttet, er dokumentasjonen beskrevet i kategoriene *høy, moderat, lav og svært lav kvalitet*.

På bakgrunn av den kritiske gjennomgangen av kunnskapsgrunnlaget er den enkelte anbefalingen kategorisert som *sterk* eller som *svak/betinget*:

- *En sterk anbefaling* i retningslinjen medfører sannsynligvis at de fleste pasienter ønsker det anbefalte tiltaket. Helsepersonell vil i høy grad mene at pasientene bør få tilbud om tiltaket. Disse anbefalingene benytter formuleringen anbefaler.
- *En svak/betinget anbefaling* kan medføre at de fleste pasienter vil ønske det anbefalte tiltaket, men noen vil kanskje ikke ønske det. Helsepersonell bør være forberedt på å gi pasienter tilstrekkelig informasjon, slik at de kan ta en informert beslutning. Disse noe svakere anbefalingene benytter formuleringen foreslår.

Anbefalinger i retningslinjen som har bakgrunn i andre nasjonale faglige retningslinjer og vedtatte screeningprogrammer, er ikke kritisk vurdert på nytt. Her henvises det til gjeldende anbefalinger.

Det er i alt utarbeidet to publikasjoner:

- fullstendig utgave: *Nasjonal retningslinje for barselomsorgen - Nytt liv og trygg barseltid for familien*. IS-2057
- kort utgave: *Kortversjon av retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien*. IS-2086

Informasjonen til publikum vil være tilgjengelig på www.helsenorge.no

Retningslinjens målgruppe er helsepersonell i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som yter tjenester til familier som venter eller har fått barn. Ledere som har ansvar for å dimensjonere og organisere barselomsorgen, bør sette seg inn i hva som er ansett som en faglig forsvarlig tjeneste. Andre viktige målgrupper er brukere av tjenesten, deres pårørende, politikere og beslutningstagere.

Retningslinjen omfatter anbefalinger om tiltak og effekten av disse for friske barselkvinner og barn født til termin. For kvinner og/eller nyfødte med komplikasjoner og tegn på risikoforhold vil det være behov for henvisning, oppfølging og behandling utover det som beskrives i denne retningslinjen. Retningslinjen omfatter den grunnleggende omsorgen og oppfølgingen av barselkvinner og nyfødte barn frem til seks uker etter fødselen.

3 God start for familien

I dette kapittelet er det anbefalinger om forskjellige typer samtaler, undervisning, tidlig tilknytning, hjemmebesøk, psykososial og psykologisk støtte og støtte til kvinner som ammer. Det er søkt etter forskningsbasert kunnskap ved å stille spørsmål om hvilken effekt tiltakene har på definerte utfallsmål. Mer om bakgrunnen for anbefalingene er beskrevet i kapittel 5 i den fullstendige utgaven av *Retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien*.

Anbefalingene har som mål å støtte foreldrene, bidra til en god start på tilknytningen til barnet og sikre mestring av foreldrerollen. En best mulig start på samspillet mellom foreldrene og barnet er betinget av forutsigbare og følsomme foreldre/omsorgspersoner. Gode støttepersoner er viktige for at dette skal fungere optimalt, og far/partner har en sentral rolle. Tilrettelegging for en god start begynner i svangerskapsomsorgen. Det er gode muligheter for å tilrettelegge og planlegge en individuell oppfølging av alle gravide, også risikoutsatte gravide og deres familier. I svangerskapsomsorgen kan jordmor og lege bidra til å legge en plan for fødsel og barseltid. Fastleger som kjenner sine pasienter godt, har en nøkkelrolle i en tverrfaglig oppfølging. Helsestasjoner og helseforetak har forsterkede tilbud til ulike grupper gravide.

3.1 Kroppskontakt med barnet - tilknytning

Umiddelbart etter fødselen anbefales hudkontakt mellom mor og barn i minst én time eller til ammingen starter naturlig. Ved keisersnitt legges det til rette for hudkontakt mellom mor og barn så langt det er mulig. Kvinnen anbefales å ha mye nær-/kroppskontakt med barnet den første tiden.

Dokumentasjon: Lav - moderat kvalitet. Sterk anbefaling.

3.2 Støtte til kvinner som ammer

Det anbefales individuell støtte med ammeveiledning i tråd med *Ti trinn for vellykket amming* til alle kvinner som føder barn. Anbefalingen gjelder både ved opphold på sykehus og i hjemmet, særlig den første tiden etter fødselen inntil kvinnen mestrer ammingen, men også videre i ammeperioden.

Dokumentasjon: Middels kvalitet. Sterk anbefaling.

3.3 Samtaler etter fødselen

Det foreslås at kvinner får anledning til å snakke med jordmor eller lege om sin opplevelse av fødselen (postpartumsamtale). Det anbefales ikke formell samtale etter fødselen som har som formål å forebygge psykiske plager.

Dokumentasjon: Lav kvalitet. Svak/betinget anbefaling.

Det foreslås én-to strukturerte, individuelle samtaler under barseloppholdet før utreise fra føde-/barselavdeling. Samtalene omfatter generell informasjon om barnet, kvinnens helse og plan for oppfølgingen etter utreise fra sykehuset.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Svak/betinget anbefaling.

3.4 Utreise fra føde-/barselavdelingen

Sykehusoppholdets varighet tilpasses kvinnens og den nyfødtes behov. Vurderingen gjøres i samråd med kvinnen. Hjemreise forutsetter et organisert barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/partner.

Dokumentasjon: Moderat kvalitet. Sterk anbefaling.

3.5 Hjemmebesøk

For kvinner og nyfødte hvor det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet / lokalt som i føde-/barselavdeling, anbefales ett hjemmebesøk av jordmor innen første-andre døgn etter hjemreisen. For kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsel, amming og barseltilbud tilbyr det ett hjemmebesøk av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreisen.

For kvinner med vanskelig ammestart, komplisert fødselsforløp, ambulans fødsel / hjemmefødsel eller familier i en risikosituasjon bør det tilbys ytterligere hjemmebesøk i løpet av den første uken etter fødselen.

Det anbefales hjemmebesøk av helsesøster til alle nyfødte. Første besøk bør gjennomføres 7.-10. dag etter fødselen.

Utover dette foreslås det en konsultasjon / et hjemmebesøk mellom 14. og 21. døgn etter fødselen etter en individuell vurdering.

Dokumentasjon: Forskrift om helsestasjon. Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Sterk anbefaling.

3.6 Undervisning og informasjon

Informasjon om helsetilstand og -hjelp skal tilpasses mottagerens individuelle forutsetninger, blant annet kultur- og språkbakgrunn. Dersom foreldrene ikke snakker og forstår norsk, skal det anvendes tolk.

Dokumentasjon: Pasient – og brukerrettigheter. Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Sterk anbefaling.

Det foreslås at foreldre mottar muntlig og skriftlig informasjon om barseltiden. Det foreslås både individuelle samtaler og gruppesamtaler.

Dokumentasjon: Middels – meget lav kvalitet. Svak/betinget anbefaling.

3.7 Psykososial og psykologisk støtte

For å forebygge depresjon anbefales individuelt tilpasset støtte fremfor gruppebaserte og/eller rutinemessige tiltak. En intensiv og fleksibel støtte, gjerne hjemmebesøk, kan trolig gi færre kvinner med depresjon.

Dokumentasjon: Lav til moderat. Sterk anbefaling.

3.8 Familier i en sårbar og utsatt livssituasjon

Det anbefales at risikoutsatte kvinner, familier og nyfødte barn tilbys en individuelt tilpasset oppfølging i barseltiden utover de generelle anbefalingene i retningslinjen. Før hjemreise fra føde-/barselavdelingen skal oppfølgingen være planlagt og fremgå av informasjonen som kvinnen og hennes partner mottar.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Sterk anbefaling.

4 Om barnet

I dette kapittelet er det anbefalinger om *Mor-barn-vennlig initiativ*, ernæring med morsmelk, erstatning for morsmelk, spedbarnets vektutvikling, undersøkelse av nyfødte, nyfødtscreening, vitamin K-profylakse, informasjon om barnets sovestilling, pulsoksymetri og hørselscreening og komplikasjoner som kan oppstå hos nyfødte i barseltiden. Mer om bakgrunnen for anbefalingene er beskrevet i kapitler 6, 7 og 8 i den fullstendige utgaven av *Retningslinje for barselomsorgen - Nytt liv og trygg barseltid for familien*.

Det anbefales at spedbarn får morsmelk som eneste næring de seks første månedene, så lenge mor og barn trives med det og barnet vokser som det skal. Det henvises til retningslinjen for omtale av veiledning og støtte til kvinner som kan ha en noe lavere forekomst av amming, og som i starten kan ha amme-problemer. Foruten praktiske metoder og kliniske vurderinger er det beskrevet tilstander hvor amming ikke tilrådes eller delvis tilrådes / kan være kontraindisert ved enkelte sykdomstilstander hos mor og barn. Retningslinjen omtaler også legemidler og amming.

Hovedmålet med barselomsorgen er å differensiere tilbudet med en faglig forsvarlig seleksjon, så nyfødte som trenger lengre opphold på sykehuset, får det. Hos alle nyfødte er det viktig å forebygge komplikasjoner og smittsom sykdom. Nyfødte barn er generelt mer utsatt særlig for infeksjoner enn større barn og voksne på grunn av et umodent immunforsvar.

4.1 Spedbarnets ernæring og vekst

4.1.1 Tilrettelegging for amming

Det anbefales at *Ti trinn for vellykket amming* er minstestandard for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Alt relevant helsepersonell utdannes og etterutdannes i henhold til disse kravene. Kvinner og nyfødte sikres tilgang til ammekyndig helsepersonell.

Dokumentasjon: Moderat kvalitet. Sterk anbefaling.

Det foreslås at en kvinne som ønsker å amme, enten får være på barselavdelingen inntil ammingen fungerer tilfredsstillende og barnet ernæres med morsmelk, eller at føde-/barselavdelingen ved utskriving har forsikret seg om at kvinnen vil få tilstrekkelig hjelp ved hjemmebesøk og konsultasjon på helsestasjon.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Svak/betinget anbefaling.

4.1.2 Praktiske råd om flaskemating

Det anbefales at foreldre som gir sine barn morsmelkerstatning, får veiledning av helsepersonell om tilberedning og bruk. Spedbarn skal sikres en trygg flaske-mating. Spisesituasjonen til spedbarn bør preges av nærhet, ro og øyekontakt mellom den som gir flaske, og barnet.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring, brukernes ønsker. Sterk anbefaling.

Det anbefales at helsepersonell har kunnskap om WHO-koden, som i tillegg til å beskytte og oppmuntre til amming har som formål å sikre at morsmelkerstatning blir brukt korrekt. Det innebærer å gi informasjon om bruken av morsmelkerstatning og må ikke sammenblandes med uetisk markedsføring av produkter som brukes til flaskeernæring.

Dokumentasjon: Verdens helseorganisasjon. Sterk anbefaling.

4.1.3 Vekt- og vekstutvikling hos friske nyfødte

Det anbefales å følge barnets vektutvikling;

- måle barnets hodeomkrets, lengde og vekt ved fødselen
- veie barnet i løpet av 2.-4. levedøgn
- veie barnet i løpet av 7.-10. levedøgn

Ved en vektnedgang på ≥ 10 prosent vises det til diagram i retningslinjen med forslag til tiltak. Dersom barnet ikke øker i vekt tross tiltak, skal barnet undersøkes av lege og følges opp i tråd med *Medisinske kriterier*.

Helsepersonell anbefales å bruke vekstkurver basert på WHOs vekststandard for barn i alderen 0-5 år.

Dokumentasjon: Retningslinje, Medisinske kriterier og Verdens helseorganisasjon. Sterk anbefaling.

4.2 Screening og undersøkelse av nyfødte

4.2.1 Nyfødtundersøkelse

Det anbefales at tester og undersøkelser gjennomføres og legges til rette slik at foreldre og nyfødte barn opplever strukturerte pasientforløp.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Pasient- og brukerrettigheter. Sterk anbefaling.

Det anbefales at det nyfødte barnet gjennomgår en fullstendig somatisk undersøkelse ved lege i løpet av første-tredje levedøgn. Undersøkelsen gjøres med én eller begge foreldre til stede.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Helsepersonelloven. Sterk anbefaling.

Ved seks ukers alder gjennomfører lege og helsesøster en undersøkelse på helsestasjonen.

Dokumentasjon: Veileder. Sterk anbefaling.

4.2.2 Hofteundersøkelse

Det anbefales å gjennomføre klinisk hofteundersøkelse hos alle nyfødte i forbindelse med nyfødtundersøkelsen. Barn med økt risiko for å utvikle hofteleddsdisplasi undersøkes med ultralyd.

Dokumentasjon: Meget lav – moderat kvalitet. Sterk anbefaling.

4.2.3 Nyfødtsscreening

Utvidet nasjonal nyfødtsscreening anbefales. Helseforetakene har ansvar for at det blir tatt prøver av alle barn til angitt tid, forutsatt at foreldrene samtykker. Oppdages det at en screeningprøve er glemt, må prøven tas uten ytterligere forsinkelser.

Dokumentasjon: Forskrift. Nasjonal nyfødtsscreening. Sterk anbefaling.

4.2.4 Hørselscreening

Det anbefales å gjennomføre hørselscreening ved måling av stimulerte otoakustiske emisjoner hos alle nyfødte.

Dokumentasjon: Nasjonal retningslinje. Sterk anbefaling.

4.2.5 Pulsoksymetri

Det anbefales å gjennomføre pulsoksymetri når det nyfødte barnet er ≥ 24 timer. SpO₂-måling < 95 prosent bør kontrolleres etter 2-4 timer. Ved fortsatt SpO₂ < 95 prosent henvises barnet til klinisk undersøkelse og oppfølging ved lege.

Dokumentasjon: Systematisk oversikt. Sterk anbefaling.

4.2.6 Vitamin K-profylakse

Det anbefales å gi vitamin K som en intramuskulær injeksjon til alle barn innen to timer etter fødselen. Det gir trolig færre blødninger som skyldes vitamin K-mangel hos nyfødte.

Dokumentasjon: Moderat kvalitet. Sterk anbefaling.

Dersom foreldre ikke ønsker at barnet skal få intramuskulær injeksjon, foreslås det at oral vitamin K tilbys som en mulighet. Foreldrene får veiledning, slik at tilførselen gjennom munnen får maksimal effekt.

Dokumentasjon: Lav kvalitet. Svak/betinget anbefaling.

4.2.7 Forebygging av krybbedød

Foreldre bør få skriftlig og muntlig informasjon om sovestilling og sove miljø før utreise fra føde-/barselavdelingen i tråd med informasjonen i brosjyren *Trygt sove miljø*.

Dokumentasjon: Epidemilogisk forskning. Sterk anbefaling.

4.3 Kliniske tilstander hos nyfødte

4.3.1 Nyfødte med risiko for behandlingskrevende gulsott

Det anbefales at synlig gulsott i løpet av barnets 36 første timer øyeblikkelig vurderes, diagnostiseres og behandles av lege.

Ved påvist gulsott hos nyfødte som er 24 timer eller eldre, anbefales det å føre barnets bilirubinverdi inn i gulsottkurven og så vurdere behov for videre tiltak.

Ved langvarig gulsott eller ved økende gulsott etter første leveuke, hvor årsak ikke er identifisert, anbefales det at tilstanden vurderes og utredes av lege.

Det foreslås at nyfødte med mørk hud får kontrollert bilirubin både ved 24 og 48 timers alder, og det bør være minst 12 timers intervall mellom kontrollene.

Foreldre skal motta informasjon om gulsott, og de skal informeres om at det i de fleste tilfeller er en normal fysiologisk reaksjon hos barnet. Foreldre skal rådes til å kontakte helsepersonell dersom barnet får tegn på gulsott eller tilstanden forverrer seg.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og praksis. Pasientrettigheter. Sterk anbefaling.

4.3.2 Infeksjoner

Det foreslås at foreldre får informasjon om hva som kan være tegn på nedsatt allmenntilstand og mistanke om sykdom hos barnet. Foreldre bør også få informasjon om generell hygiene.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring. Svak/betinget anbefaling.

Det anbefales at temperaturen måles hos nyfødte med mistanke om feber og ved nedsatt allmenntilstand. En temperatur ≤ 36 grader Celcius eller ≥ 38 grader Celcius regnes som unormalt, og barnet skal vurderes umiddelbart av lege.

Ved mistanke om utvikling av blodforgiftning (neonatal sepsis) må barnet umiddelbart vurderes av lege som kan sørge for nødvendig behandling.

Dokumentasjon: Klinisk praksis og erfaring. Sterk anbefaling.

Det foreslås ingen spesiell behandling av barnets navle. Såkalt *tørr* behandling foretrekkes. Barnet kan gjerne bades.

Dokumentasjon: Lav kvalitet. Svak/betinget anbefaling.

Personer med vannkopper må ikke oppsøke barselavdelingen eller besøke nyfødte barn i hjemmet. Nyfødte bør beskyttes mot direkte kontakt med personer som har eller nylig har gjennomgått luftveisinfeksjoner, så sant det er mulig.

Personer med ubehandlet lungetuberkulose bør ikke ferdes på barselavdelingen eller ha direkte kontakt med nyfødte før BCG-vaksinasjon er gjennomført.

Dokumentasjon: Smittevernloven. Klinisk erfaring. Sterk anbefaling.

5 Vaksiner og behandling for å forebygge smittsomme sykdommer

Selv om vaksinasjon er frivillig, har norske barn rett til å bli vaksinert og få den beskyttelse vaksinasjonsprogrammet kan gi. Barn med økt risiko for smitte av hepatitt B skal få hepatitt B-vaksine, og barn med økt risiko for smitte av tuberkulose skal få BCG-vaksine (Bacillus Calmette-Guérin – vaksine mot tuberkulose) tidlig i spedbarnsalder.

Rutinene for BCG-vaksinasjon vil bli endret i løpet av 2014.

Helsepersonell har plikt til å melde til Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) om vaksiner gitt etter barnevaksinasjonsprogrammet. Foresatte skal informeres om at vaksinasjonen meldes til SYSVAK, og at det ikke er anledning til å reservere seg mot registrering.

Mer informasjon om vaksinasjonsprogrammet og de enkelte vaksinene og sykdommene finnes i *Folkehelseinstituttets publikasjoner: Folkehelseinstituttets Smittevernbok, Vaksinasjonsboka og Tuberkuloseveilederen* og www.fhi.no.

5.1 Forebygging av hepatitt B

Et barn som er født av sikkert eller mulig hepatitt B-smitteførende mor, bør få spesifikt hepatitt B-immunglobulin (HBIG) så raskt som mulig, innen 24 timer etter fødselen og første dose hepatitt B-vaksine. De etterfølgende vaksinedosene settes ved 1, 2 og 12 måneders alder – til sammen fire doser vaksine – i tillegg til en dose HBIG i forbindelse med fødselen.

Det anbefales at foreldrene før utskrivning fra sykehus informeres om videre vaksinasjon og får med seg skriftlig informasjon. Informasjon om videre vaksinasjon og oppfølging sendes helsestasjonen snarest.

Det anbefales at hepatitt B-vaksinerte barn av smitteførende mødre / mødre med uklar smittetestatus følges opp ved helsestasjon med kontroll av hepatitt B-antistoff og -antigen en måned etter siste vaksinedose.

Dokumentasjon: Smittevernloven. Vaksinasjonsprogrammet. Sterk anbefaling.

5.2 Forebygging av tuberkulose

Fra høsten 2014 anbefales det ikke lenger at nyfødte i risikogruppen får BCG-vaksine før de reiser hjem fra sykehuset, men at de får vaksinen på helsestasjon ved 6-ukersalder.

BCG skal ikke gis til barn av hivpositive mødre for det er avklart at barnet ikke er hivsmittet.

Dokumentasjon: Smittevernloven. Tuberkuloseveileder. Vaksinasjonsprogrammet. Sterk anbefaling.

5.3 Rubellavaksine til kvinner med usikker immunitet

Det anbefales at mødre som under svangerskapet er påvist å mangle antistoff mot røde hunder (rubella), tilbys en dose rubellavaksine i form av MMR-vaksine etter fødselen før utskrivning fra barselavdelingen.

Ved usikker vaksinasjonsstatus hos unge mødre oppvokst i ikke-vestlige land anbefales det å tilby rubellavaksinasjon uten forutgående antistofftesting. Rubellavaksine skal ikke gis til gravide.

Dokumentasjon: Vaksinasjonsprogrammet. Sterk anbefaling.

6 Om mor

I dette kapittelet beskrives de vanligste psykiske og fysiske plagene etter fødselen og de vanligste komplikasjonene som kan forekomme hos barselkvinner, og som helsepersonell bør være oppmerksom på. Behandling og diagnostisering er utenfor denne retningslinjens oppdrag. Det henvises til andre kilder for diagnostisering og behandling.

Kvinner opplever disse vanlige plagene i ulik grad. Psykiske og fysiske endringer etter fødselen er vanligvis forbigående. Kvinner kan oppleve endringene som plagsomme, og de kan føre til bekymring og nedsatt livskvalitet. En individuell tilpasning av veiledning, støtte og hjelp har vist seg å være av positiv betydning. Enkelte kvinner kan ha bruk for mer hjelp, veiledning og eventuelt behandling enn andre, utover det som er foreslått i retningslinjen.

Det er søkt etter forskningsbasert kunnskap ved å stille spørsmål om hvilken effekt tiltakene har på definerte utfallsmål i enkelte av temaene. For andre problemstillinger er det klinisk praksis og brukernes ønsker som er bakgrunnen for anbefalingene som gis. Mer om bakgrunnen for anbefalingene er beskrevet i kapittel 10 og 11 i den fullstendige utgaven av *Retningslinje for barselomsorgen - Nytt liv og trygg barseltid for familien*.

6.1 Barselkvinnens helse

6.1.1 Søvn og hvile

Det anbefales at fødsels- og barselomsorgen tilrettelegger tilbudet slik at kvinnen har mulighet til å være mest mulig uforstyrret sammen med barnet de første dagene etter fødselen.

Det foreslås at helsepersonellet på barselavdelingen sørger for avlastning dersom mor med urolig barn er sliten.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Sterk anbefaling.

Det foreslås at det legges til rette for opphold i familierom på sykehuset, slik at begge foreldrene kan være til stede så langt det er mulig.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Svak/betinget anbefaling.

Det foreslås at barselkvinner rådes til å hvile og helst sove mens barnet sover den første tiden etter fødselen. Det er ønskelig at partneren eller en annen voksen person oppholder seg i hjemmet de første ukene etter fødselen. Denne personen bør bidra med å avlaste kvinnen i daglige gjøremål og delvis stell av barnet.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Svak/betinget anbefaling.

Kvinner som opplever vanskeligheter med å hvile og sove, oppfordres til å be om hjelp på barselavdelingen når de oppholder seg der, eller hos fastlege eller ved helsestasjonen når de er hjemme.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og brukernes ønsker. Svak/betinget anbefaling.

6.1.2 Bekkenleddsmerter

Det foreslås tilpasset fysisk aktivitet, kombinert med god hvile og gradvis mobilitet, etter fødselen. Kvinner med vedvarende bekkenleddsmerter etter hjemreise fra sykehus bør ta kontakt med fastlege og henvises til egnet fysikalsk behandling.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring. Europeiske retningslinjer. Sterk anbefaling.

6.1.3 Urinretensjon

Det foreslås at en kvinne med manglende spontan vannlating etter fødselen kontrolleres ved palpasjon, ultralyd/blæreskanner eller kateterisering etter at hun har latet vannet. Ved resturin > 500 ml er det vanlig å kateterisere kvinnen regelmessig hver andre-fjerde time, eller så hyppig at hun unngår resturin > 400-500 ml. Ved resturin < 100 ml kan behandlingen avsluttes.

Kvinner som har vedvarende urinretensjonsproblemer, kan instrueres i selvkateterisering og skal henvises til videre oppfølging. Det tas bakteriologisk dyrkningsprøve.

Dokumentasjon: Klinisk praksis og erfaring. Sterk anbefaling.

6.1.4 Smerter ved rifter i perineum og episiotomi

Det foreslås at kvinner med smerter i perineum forårsaket av rifter og episiotomi får tilbud om smertelindring etter fødselen, for eksempel ispakning eller legemidler.

Dokumentasjon: Meget lav - lav kvalitet. Svak/betinget anbefaling.

6.1.5 Kvinner som er kjønnslelestet

For kvinner som er kjønnslelestet, foreslås det smertelindring og oppfølging som ved rifter og episiotomi. Informasjon og samtale med kvinnen inngår i oppfølgingen.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring og praksis. Svak/betinget anbefaling.

6.1.6 Hemoroider

Det foreslås at kvinner med plagsomme hemoroider tilbys en vurdering. En eventuell behandling tilpasses grad og omfang av plagene. Umiddelbare smertelindrende tiltak bør forsøkes. Det bør gis informasjon om kosthold og fysisk aktivitet for å forebygge forstoppelse.

Dokumentasjon: Lav kvalitet. Svak/betinget anbefaling.

6.1.7 Kontroll etter fødselen

Det foreslås at kvinner får tilbud om en kontroll seks uker etter fødselen. Konsultasjonen er rettet inn mot kvinnens fysiske og psykiske helse og omfatter informasjon/tilbud om prevensjon. Hensikten er både å fange opp forhold som trenger oppfølging, og å støtte kvinnen.

Dokumentasjon: Lav kvalitet. Svak/betinget anbefaling

6.2 Komplikasjoner hos barsekvinner

6.2.1 Screening for depresjon

Det anbefales ikke screening for depresjon i barselperioden.

Dokumentasjon: Svært lav til høy kvalitet. Svak/betinget anbefaling

6.2.2 Rusmiddelmisbruk

Det anbefales at dersom det er mistanke om rusbruk, legges mistanken frem for foreldrene. Familiene tilbys oppfølging i spesialisthelsetjenesten og utvidet oppfølging i kommunehelsetjenesten, dersom dette ikke allerede er avtalt.

Dokumentasjon: Veileder og rundskriv. Klinisk erfaring. Sterk anbefaling.

6.2.3 Blødning og anemi

Det anbefales at kvinner informeres om tegn på unormal blødning, og at de kontakter helsetjenesten ved unormal blødning, unormal renselse eller mistanke om infeksjon.

Dokumentasjon: Klinisk praksis og erfaring. Svak/betinget anbefaling.

6.2.4 Blodpropp

Det anbefales at kvinner oppmuntres til å bevege seg og komme i aktivitet så raskt som mulig etter fødselen for å forebygge blodpropp.

Det anbefales at kvinner med smerter, rødhet og/eller hevelse i legg, lår eller lyske vurderes for dypvenetrombose. Dette gjelder også kvinner hvor man mistenker blodpropp, og som opplever akutt kort pust / åndenød, hurtig puls eller brystmerter.

Dokumentasjon: Lav kvalitet. Klinisk erfaring. Sterk anbefaling.

6.2.5 Høyt blodtrykk

Det foreslås at kvinner med høyt blodtrykk etter fødselen får oppfølging fra fastlege.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring. Svak/betinget anbefaling.

6.2.6 Infeksjoner - generelt

Det foreslås at barselkvinnen og partneren får informasjon om hvordan de selv kan bidra til å forebygge infeksjoner i barseltiden, og hva kvinnen bør gjøre dersom det er mistanke om infeksjon.

Dokumentasjon: Klinisk erfaring. Svak/betinget anbefaling.

6.2.7 Brystbetennelse

Dersom en kvinne har harde, smertefulle og røddflammede bryst uten infeksjonstegn, foreslås det å avvete situasjonen ett døgn mens brystet tømmes hyppig.

Helsepersonell tar bakteriologisk prøve ved første kontakt med pasienten. Ved behov for behandling henvises det til omtale av håndtering av mistanke om brystbetennelse i retningslinjen.

Dokumentasjon: Lav kvalitet. Klinisk praksis og erfaring. Svak/betinget anbefaling.

6.2.8 Endometritt

Ved mistanke om infeksjon hos kvinnen anbefales det at temperaturen måles. Dersom den er høyere enn 38 grader Celsius, skal temperaturen tas på nytt innen 4-6 timer. Ved andre symptomer på infeksjon og en temperatur som overstiger 38 grader Celsius, skal årsaken kartlegges og behandling iverksettes. Dersom en ikke finner andre årsaker til feber, kan en mistenke endometritt.

Dokumentasjon: Klinisk praksis og erfaring. Sterk anbefaling.

6.2.9 Perineumruptur av grad III og IV

Det foreslås skriftlig og muntlig informasjon til kvinner med bekkenbunnrift av grad III B og IV. Det foreslås tilstrekkelig smertelindring og forebygging av forstoppelse. Kvinner bør få henvisning til fysioterapeut og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Dokumentasjon: Klinisk praksis og erfaring. Svak/betinget anbefaling.

6.2.10 Urinlekkasje

I løpet av første barseluke foreslås det at kvinnen får informasjon og instruksjon i trening av bekkenbunnens muskler, og tilbud om individuelt tilrettelagt treningsprogram. Ved vedvarende inkontinens utover barselperioden bør kvinnen henvende seg til fastlegen og om mulig henvises til fysioterapeut med spesialkompetanse for undersøkelse og behandling.

Dokumentasjon: Moderat kvalitet. Sterk anbefaling.

6.2.11 Rh-immunisering

Det anbefales at kvinner som er Rh D-negative, og som føder et Rh D-positivt barn, får en injeksjon med anti-D-immunglobulin. Denne bør gis så snart som mulig og innen 72 timer etter fødselen, selv når profylakse er gitt før fødselen.

Dokumentasjon: Kliniske studier. Klinisk praksis og erfaring. Sterk anbefaling.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass,
0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Telefon: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no