

Nytt liv og trygg barseltid for familien

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen

Forord

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien skal bidra til en faglig forsvarlig barselomsorg. Uavhengig av om mor og barn er hjemme eller på sykehus den første perioden av barseltiden, skal den tilrettelegges slik at den blir 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.

Premissene for en trygg opplevelse av barseltiden er sammensatt. Helse, trivsel, økonomi, boligforhold, arbeid, utdanning og levemåte påvirker utfall og mestring. Utfordringen for barselomsorgen er å ta hensyn til de grunnleggende forutsetningene hos den enkelte familie. Kontinuitet i omsorgen er en forutsetning, og kunnskap om familien gjør det enklere for helsepersonell å tilrettelegge et forutsigbart pasientforløp.

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 *Nasjonal faglig 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.

Helsedirektoratet takker alle som har bidratt til å utarbeide denne retningslinjen.

Oslo 9. april 2014

Bjørn Guldvog
helsedirektør

Heftets tittel: Nytt liv og trygg barseltid for familien
Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen

Utgitt: 2014

Bestillingsnummer: IS-2057

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>

Redaktør: Seniorrådgiver Brit Roland, Helsedirektoratet

Innhold

Forord	1		
Innledning	6		
1 Om retningslinjen for barselomsorgen	8		
1.1 Nasjonale faglige retningslinjer	8		
1.2 Målgruppe og mandat	8		
1.3 Arbeidsgruppen	9		
1.4 Høring, iverksetting, evaluering og revisjon	9		
2 Sammendrag - anbefalinger	11		
2.1 God start for familien	12		
2.2 Spedbarnets ernæring og vekst	13		
2.3 Screening og undersøkelser av nyfødte	14		
2.4 Kliniske tilstander hos nyfødte	15		
2.5 Vaksiner og behandling for å forebygge smittsomme sykdommer	16		
2.6 Barselkvinnens helse	16		
2.7 Komplikasjoner hos barselkvinner	18		
3 Føringer for barselomsorgen	20		
3.1 Anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon	20		
3.2 Stortingsmeldingen En gledelig begivenhet	20		
3.3 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid	21		
3.4 Likeverdige tjenester	21		
3.5 Informasjon, kommunikasjon og tolk	22		
4 Pasientforløp - helhetlig omsorg	23		
4.1 Svangerskapet	23		
4.2 Barseltiden - de første dagene etter fødselen	24		
4.2.1 Individuelle samtaler etter fødselen	24		
4.3 Barseltiden i hjemmet	25		
4.3.1 Helsestasjonen	26		
4.3.2 Allmennlegetjenesten	26		
4.4 Samarbeidsavtaler	27		
4.5 Utveksling av pasientopplysninger etter fødselen	28		
5 God start for familien	29		
5.1 Sensitivitet og samspill	29		
5.2 Kroppskontakt med barnet - tilknytning	30		
5.3 Støtte til kvinner som ammer	30		
5.4 Samtaler etter fødselen	31		
5.5 Utreise fra føde-/barselavdelingen	32		
5.6 Hjemmebesøk	33		
5.7 Undervisning og informasjon	35		
5.8 Psykososial og psykologisk støtte	35		
5.9 Familier i en sårbar og utsatt livssituasjon	36		
5.10 Omsorg for familier som opplever sorg og kriser	37		
6 Spedbarnets ernæring og vekst	38		
6.1 Amming - utvikling og trender	38		
6.2 Positive effekter av amming	39		
6.2.1 Effekter for barnet	39		
6.2.2 Effekter for mor	40		
6.3 Tilrettelegging for amming	41		
6.4 Erstatning for morsmelk	42		
6.4.1 Praktiske råd om flaskemating	43		
6.5 Vekt- og vekstutvikling hos friske nyfødte	44		
6.6 Risikogrupper - nyfødte	45		
6.7 Mors sinnsstemning - ammeproblemer	46		
6.8 Tilknytning til barnet og veiledning fra helsepersonell	46		
6.9 Amming ved sykdom	47		
6.10 Tilstander hvor amming kan være kontraindisert	48		
6.10.1 Tilstander hos barnet hvor morsmelk ikke eller bare delvis tilrådes	48		
6.10.2 Tilstander hos mor hvor amming ikke anbefales	48		
6.11 Undertrykking/hemming av melkeproduksjonen	49		
6.12 Legemiddelbruk og amming	49		
7 Screening og undersøkelser av nyfødte	51		
7.1 Nyfødtundersøkelse	51		
7.1.1 Hofteundersøkelse	52		
7.2 Nyfødtsscreening	52		
7.3 Hørselscreening	53		
7.4 Pulsoksymetri	53		
7.5 Vitamin K-profylakse	54		
7.6 Forebygging av krybbedød	55		
8 Kliniske tilstander hos nyfødte	56		
8.1 Gulsott	56		
8.1.1 Nyfødte med risiko for behandlingskrevende gulsott	57		
8.2 Infeksjoner	58		
8.2.1 Blodforgiftning hos nyfødte	58		
8.2.2 Hudinfeksjon	59		
8.2.3 Vannkopper	59		
8.2.4 Herpes hos nyfødte	59		
8.2.5 Sekresjon fra navlen	59		
8.2.6 Sekresjon fra øynene	60		
8.2.7 Trøske og bleiederatitt	60		
8.3 Abstinenser hos nyfødte	60		
9 Vaksiner og behandling for å forebygge smittsomme sykdommer	61		
9.1 Forebygging av hepatitt B	61		
9.2 Forebygging av tuberkulose	62		
9.3 Forebygging av HIV	62		
9.4 Rubellavaksine til kvinner med usikker immunitet	63		

10 Barsekvinnens helse	64
10.1 Søvn og hvile	64
10.2 Nedstemthet i barseltiden	65
10.3 Bekkenleddsmerter	66
10.4 Urinretensjon	67
10.5 Smertelindring etter vaginal fødsel	67
10.5.1 Smerter ved rifter i perineum og episiotomi	67
10.5.2 Kvinner som er kjønnslemlestet	68
10.5.3 Etterrier	68
10.6 Renselse etter fødselen	69
10.7 Hemoroider	69
10.8 Kontroll etter fødselen	70
11 Komplikasjoner hos barselkvinner	71
11.1 Psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk	71
11.1.1 Depresjon / depressive symptomer i barseltiden	71
11.1.2 Screening for depresjon	72
11.1.3 Rusmiddelmissbruk	73
11.2 Komplikasjoner	74
11.2.1 Blødning og anemi	74
11.2.2 Blodpropp	75
11.2.3 Høyt blodtrykk	75
11.2.4 Infeksjoner - generelt	76
11.2.5 Brystbetennelse	76
11.2.6 Endometritt	77
11.2.7 Perineumruptur av grad III og IV	78
11.2.8 Urinlekkasje	79
11.2.9 Rh-immunisering	80
12 Metode og kunnskapsgrunnlag	81
12.1 Kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen	81
12.2 Prosess og samarbeid	82
12.3 Søkestrategi	82
12.4 Sammenstilling og vurdering av dokumentasjonens kvalitet	83
12.5 Anbefalingenes gradering og styrke	84
13 Myndighetskrav	86
13.1 Plikten til å sørge for barselomsorg	86
13.1.1 Spesialisthelsetjenestens plikt	86
13.1.2 Den kommunale helse- og omsorgstjenestens plikt	87
13.1.3 Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak	87
13.2 Krav til forsvarlighet og pasientsikkerhet	88
13.2.1 Forsvarlig virksomhet	88
13.2.2 Helsepersonells plikt til å opptre forsvarlig	89
13.3 Journalføring	89
13.4 Taushetsplikt, informasjonsutveksling, opplysnings- og meldeplikt	90
13.4.1 Generelt om taushetsplikt	90
13.4.2 Utveksling av informasjon mellom helsepersonell	91
13.4.3 Opplysningsrett og plikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten	91
13.5 Pasientrettigheter	92

13.5.1 Særlig om barnets rett til helsehjelp	92
13.5.2 Samtykke og medvirkning	93
13.5.3 Informasjon	94
13.5.4 Journalinnsyn	95

14 Vedlegg	96
14.1 Medisinske kriterier for bruk av tillegg til mors (egen) melk	96
14.2 Arbeidsgruppen	97

15 Referanser	99
----------------------	-----------

Innledning

Barseltiden er et begrep som brukes om den tiden en antar kvinnekroppen trenger for å tilpasse seg etter svangerskap og fødsel. I de fleste kulturer defineres perioden til om lag 40 dager eller seks uker. Perioden er en sårbar tid for kvinnen, barnet og familien. Synspunktene på hva som er det beste tilbudet for barselkvinner, nyfødte og deres familier, er mange. Oppfatningene er delte om hvor det er best for kvinner og friske nyfødte med lav risiko for komplikasjoner å tilbringe de første dagene etter fødselen. Tilbudet er endret de 30 siste årene med kortere opphold på sykehus. Helselovgivningen gir pasientene rettigheter i form av delaktighet og medbestemmelse. Bosetting og familiestrukturer er endret, og dette stiller krav til organisering og tilrettelegging av tilbudet til brukerne.

Retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien gir anbefalinger for barseltiden med hovedvekt på de aller første ukene etter fødselen. Retningslinjen suppleres med anbefalinger som til enhver tid gjelder for helsestasjonsvirksomheten (1;2).

Barselomsorgen er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten: Det omfatter sykehus, helsestasjon, allmennlege- og jordmortjeneste og andre helse- og sosialfaglige tjenester. Målgruppen som omfatter barselkvinner og fedre/partnere, er sammensatt. En fjerdedel av barna blir født i de store byene, hvor det bor flere familier med ulik kulturbakgrunn. På landsbasis er kvinner som føder, gjennomsnittlig eldre enn tidligere, det kan være et svakt nettverk rundt familiene, og mange nye familier er uten erfaring med spedbarn. Det er skapt store forventninger til å være gravid, føde og bli foreldre, og det er et stort behov for informasjon.

Det er søkt etter kunnskap om barselomsorgen, og det viser seg at det er mangel på evalueringer, nytte- og kostnadsanalyser, kvalitetsindikatorer og statistiske data for å analysere dagens situasjon i barselomsorgen. Barselomsorgen yter tjenester til familier av ulik etnisk opprinnelse, og det er også mangel på kunnskap om hvorvidt pasientene mottar likeverdige tjenester.

Helsetilsynet har gjennomført tilsyn og påpeker at tjenestetilbudet ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til den korte tiden kvinnene er på sykehuset, og at det oppstår en kritisk periode fra de reiser ut fra sykehuset til det er en reell kontakt med helsestasjonen (3). Tilsyn med helsestasjonsvirksomheten i 50 kommuner viser variasjoner mellom disse kommunene. Generelt beskriver Helsetilsynet en tjeneste hvor styringen er overlatt til helsestasjonspersonellet. Barn følges ikke opp i tråd med faglige normer. Helsemyndighetene har ikke konkretisert tydelig nok hvem som har ansvar for hva innenfor ulike deler av forebyggende tjenester. Kommunene må i høyere grad sørge for systematisk overvåkning, internkontroll og styring av virksomheten (4).

En rapport fra Helsetilsynet i Rogaland viser at kommunene løser oppgavene svært forskjellig, og samarbeidet mellom foretak og kommuner er mangelfullt (5). To rapporter fra Helsedirektoratet har påpekt behovet for å normere og styrke jordmor- og helsestasjonstjenesten for å oppnå bedre tilgjengelighet og kvalitet på tilbudet (2010) (6;7). Rapportene viser blant annet at tjenestene er mangelfullt og ulikt dimensjonert i forhold til oppgavene helsepersonell er pålagt å løse. Nye oppgaver medfører ikke automatisk flere ressurser for å løse oppgavene, som gjerne kommer gjerne i tillegg til eksisterende oppgaver.

KOSTRA samler data om hjemmebesøk og seksukerskontroll i regi av helsestasjonen (8). Mange familier med nyfødte får ikke hjemmebesøk fra helsestasjonen innen to uker etter at de er kommet hjem fra fødeinstitusjonen (9). Dette gjelder både i små og store kommuner. Så godt som alle spedbarn har innen åttende leveuke fått den helseundersøkelsen ved helsestasjon som Helse-direktoratet anbefaler ved seks ukers alder.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten vil publisere en nasjonal brukerfaringsundersøkelse om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i 2013 (10;11). Resultatene fra undersøkelsen vil bidra til mer kunnskap om hvordan brukerne av tjenestene opplever tilbudet, og mulighet for en bedre brukertilpasning av tjenestene.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er opptatt av både helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Dialogen mellom helsepersonell og brukere/pasienter danner grunnlaget for å gi og motta tilstrekkelig helsehjelp, veiledning og støtte. Det er viktig at foreldre opplever at det er lett å ta kontakt med sykehus, helsestasjon, jordmor eller fastlege utover rutineavtaler dersom det er uro eller bekymring for barnet eller for kvinnens egen fysiske eller psykiske helse.

Helsepersonellens erfaring og brukernes opplevelse av barselomsorgen på landsbasis er at tjenesten organiseres forskjellig både når det gjelder omfang og innhold. Perioden fra mor og barn utskrives fra barsel til de får kontakt med helsestasjonen ved den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er rapportert som bekymringsfull (3;5).

Den korte tiden på sykehuset kan føre til økt stress for familiene ved gjentatte reiser til poliklinikk ved sykehus for testing, prøver, undersøkelser og vurderinger.

St.meld. nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* har skapt forventninger om at tilbudet i barselomsorgen skal styrkes (12). Retningslinjen ønsker å bidra til tydelige faglige anbefalinger, slik at helsepersonell og pasienter kan ha en klar oppfatning om hva tjenesten bør omfatte.

Stortinget sluttet seg til stortingsmeldingen da den ble fremlagt (13). I meldingen presiseres det at oppfølgingen av mor og barn de første dagene etter fødselen bør skje i et avtalt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder fastlege, helsestasjon og lokal jordmortjeneste m.fl. Samarbeidet og samhandlingen mellom de ulike instanser og profesjoner understrekes. Videre påpekes nødvendigheten av tilstrekkelig kompetanse i kommunene og behovet for å motta elektronisk melding etter at barnet er født. Ifølge Stortingets innstilling bør ingen sendes hjem før amming eller flaskemating er godt etablert og fødestedet har forsikret seg om at kvinnen får annen god oppfølging.

1 Om retningslinjen for barselomsorgen

I dette kapitlet omtales kort bakgrunnen for retningslinjen. Helsedirektoratet har flere oppdrag knyttet til St. meld. nr. 12 (2008-2009) *En lykkelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (12). Ett av oppdragene er å utarbeide helhetlige faglige retningslinjer innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det har hittil ikke foreligget en nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen.

1.1 Nasjonale faglige retningslinjer

En av oppgavene til Helsedirektoratet er å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer. Arbeidet skjer i samarbeid med brukerorganisasjoner og fagmiljøer. Nasjonale faglige retningslinjer er basert på en nasjonal standard og internasjonalt anerkjent prosedyre og metode (14). Retningslinjene er et virkemiddel for å sikre helhetlige pasientforløp, god kvalitet og riktige prioriteringer. De er anbefalinger og råd, basert på oppdatert faglig kunnskap. De representerer hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet, og er et hjelpemiddel i de avveiningene som helsepersonell må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet på tjenesten.

En nasjonal retningslinje er ikke rettslig bindende for mottakerne, men er faglig normerende for tjenesteutøvere. Den bør påvirke organisering og tilrettelegging av tjenestetilbudet. Ved å følge anbefalingene vil helsepersonellet bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Helsepersonellet må ikke desto mindre vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient for å ta hensyn til individuelle behov. Dersom en velger en praksis som i vesentlig grad avviker fra nasjonale faglige retningslinjer, skal en dokumentere dette og begrunne sitt valg.

1.2 Målgruppe og mandat

Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen - Nytt liv og trygg barseltid for familien omfatter barselomsorg både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. 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. Mandatet definerte barseltiden til å gjelde tiden frem til seks uker etter fødsel.

Anbefalingene gjelder uavhengig av om barselomsorgen er et tilbud i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oppdraget i mandatet var å sørge for et barselforløp preget av helhet og kontinuitet og ensartet nasjonal praksis.

1.3 Arbeidsgruppen

Medlemmene i arbeidsgruppen representerer brukerorganisasjoner, regionale helseforetak, fagorganisasjoner og fagmedisinske foreninger. Om lag 30 personer har deltatt med innspill til retningslinjen. En oversikt over deltagerne finnes i kapittel 14.2. Arbeidsgruppen har hatt en god representasjon med hensyn til tverrfaglighet, aktuelle profesjoner og brukergrupper. Gruppen konstituerte seg i januar 2011. Mer informasjon om organisering og metode finnes i kapittel 12.

Deltagernes habilitet er vurdert, og det er kartlagt mulige interessekonflikter. Helsedirektoratet har ikke funnet grunn til å trekke deltagernes habilitet i tvil i forbindelse med arbeidet.

1.4 Høring, iverksetting, evaluering og revisjon

Retningslinjen har vært til intern høring i Helsedirektoratet og til ekstern høring hos fagforeninger, kommuner, helseforetak, brukerorganisasjoner og andre instanser. Direktoratet har gjennomgått eksterne høringssvar. Høringssvarene er også vurdert av arbeidsgruppen og lagt frem for Nasjonalt fagråd for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Iverksetting av retningslinjen er en prosess under utvikling og forutsetter en bred strategi. Det har vist seg at det råder usikkerhet om hva som er de mest effektive implementeringstiltakene. Uansett strategi er det viktig å forankre anbefalingene på flere nivåer og informere ulike målgrupper. Administrative ledere, fagpersoner, utdanningsinstitusjoner og brukere av tjenesten er viktige grupper.

Praksisutøvelsen påvirkes av flere faktorer, og det er kjent at det kan oppstå motstand og skepsis når nye metoder eller anbefalinger skal tas i bruk. I en systematisk oversikt (Baker 2010) har man vurdert om det er hensiktsmessig å identifisere kartlagte hindringer for å skreddersy implementeringstiltakene (15). Det er inkludert 26 studier i oversikten, og resultatene tyder på at skreddersyddes intervensjoner kan endre faglig praksis. Men det er fortsatt behov for mer kunnskap om hvordan hindringer / motstand mot endring skal identifiseres, og hvilke tiltak som bør velges. Det mangler kunnskap om kostnadseffektiviteten av forskjellige metoder. Forskjellige virkemidler, kanaler og arenaer er vurdert. Det foreslås en bred strategi:

- Forslag til virkemidler
 - utarbeidelse av en fullstendig versjon og en kortversjon av retningslinjen
 - utarbeidelse av en bruker-/publikumsversjon
 - utarbeidelse av en presentasjon som kan benyttes i faglige fora
 - omtale av retningslinjen i styringsdokumenter til fylkesmenn, kommuner og regionale helseforetak - med en fastsatt frist for iverksetting
 - årlig evaluering av behov for å oppdatere innhold
 - lokal/regional revisjon og måling
 - samarbeidsavtaler
 - nasjonale fagprosedyrer
- Kanaler og arenaer
 - fagdirektører i RHF-ene, KS, Oslo kommune med rådmenn, kommuneoverleger
 - ledere for personell med pasientkontakt i foretak og kommuner: helsestasjoner og føde-/barselavdelinger
 - nasjonale, regionale og lokale møteplasser: fagmøter, kongresser og konferanser
 - lokale samarbeidsarenaer i regi av samhandlingsreformen
 - regionale og nasjonale perinataldager

- Internett: hjemmesider for målgruppene samt Helsedirektoratet, Helsenorger og Helsebiblioteket
- dagspresse, fagpresse, fagtidsskrift og magasiner
- informasjon på elektroniske informasjonstavler

Det mangler nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor barselomsorgen. Det er imidlertid grunn til å tro at en innføring av kvalitetsindikatorer på barselfeltet kan bidra til en mer effektiv iverksetting og oppfølging av retningslinjer. Fravær av indikatorer er ikke til hinder for at mange av anbefalingene kan måles og registreres lokalt eller regionalt som en del av et systematisk kvalitetsarbeid. Målinger og registreringer kan danne utgangspunkt for revisjon og gjennomgang av områder innen barselomsorgen. På denne måten kan anbefalingene bli kjent for både helsepersonell og pasienter. Systematisk internkontroll og kontinuerlig kvalitetsarbeid er et lederansvar. I dette inngår også ansvaret for å sikre at det blir iverksatt nødvendige tiltak, påse at disse er kjent og blir fulgt, at nødvendig utstyr er tilgjengelig, og at ansatte får opplæring (16).

Det viktigste tiltaket for å iverksette retningslinjen vil skje ved avklaringen av ansvaret og rollene i forbindelse med utarbeidelse av samarbeidsavtalene mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (17).

Retningslinjen bør revideres dersom det skjer vesentlige endringer i kunnskapsgrunnet som vil påvirke anbefalingene. Den bør gjennomgås annethvert år.

2 Sammendrag - anbefalinger

I dette sammendraget er anbefalingene gjengitt. Anbefalingene er utarbeidet på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap, brukererfaringer, klinisk praksis og erfaringer. Kunnskapsgrunnet er beskrevet i retningslinjen i de forskjellige kapitlene som beskriver temaene.

Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) er den metoden som er benyttet for å gradere kvaliteten på de fleste av effektstudiene. Når GRADE er benyttet, er dokumentasjonen beskrevet i kategoriene *høy, moderat, lav og svært lav kvalitet*. I kapittel 12 beskrives metoden for kunnskapsbaserte retningslinjer.

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

2.1 God start for familien

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.

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.

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.

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.

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 tilbyes 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 tilbyes 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.

Undervisning og informasjon

Informasjon om helsetilstand og -hjelp skal tilpasses mottakerens 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.

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.

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.

2.2 Spedbarnets ernæring og vekst

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 utskrivning 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.

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 flaskemating. 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.

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 WHO's vekststandard for barn i alderen 0–5 år.

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

2.3 Screening og undersøkelser av nyfødte

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.

Hofteundersøkelse

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

Dokumentasjon: Meget lav - moderat kvalitet. Sterk anbefaling.

Nyfødtcreening

Utvidet nasjonal nyfødtcreening 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 nyfødtcreening. Sterk anbefaling.

Hørselscreening

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

Dokumentasjon: Nasjonal retningslinje. Sterk anbefaling.

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.

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.

Forebygging av krybbedød

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

Dokumentasjon: Epidemiologisk forskning. Sterk anbefaling.

2.4 Kliniske tilstander hos nyfødte

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.

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 °C eller ≥ 38 °C 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 hatt 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.

2.5 Vaksiner og behandling for å forebygge smittsomme sykdommer

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 smittestatus følges opp ved helsestasjon med kontroll av hepatitt B-antistoff og -antigen en måned etter siste vaksinedose.

Dokumentasjon: Smittevernloven. Vaksinasjonsprogrammet. Sterk anbefaling.

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.

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.

2.6 Barselkvinnens helse

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 først 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.

Bekkenleddsmerter

Det foreslås tilpasset fysisk aktivitet, kombinert med god hvile og gradvis mobilisering, 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.

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.

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.

Kvinner som er kjønnslemlestet

For kvinner som er kjønnslemlestet, 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.

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.

Kontroll etter fødselen

Det foreslås at kvinner får tilbud om en kontroll fire-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.

2.7 Komplikasjoner hos barselkvinner

Screening for depresjon

Det foreslås ikke screening for depresjon i barselperioden.

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

Rusmiddelmisbruk

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

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

Blødning og anemi

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

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

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 dyp venetrombose. Dette gjelder også kvinner hvor man mistenker blodpropp, og som opplever akutt kort pust / åndenød, hurtig puls eller brystsmerter.

Dokumentasjon: Lav kvalitet. Klinisk erfaring. Sterk anbefaling.

Høyt blodtrykk

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

Dokumentasjon: Klinisk erfaring. Svak/betinget anbefaling.

Infeksjoner - generelt

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

Dokumentasjon: Klinisk erfaring. Svak/betinget anbefaling.

Brystbetennelse

Dersom en kvinne har harde, smertefulle og rødflammede 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.

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.

Perineumruptur av grad III og IV

Det foreslås skriftlig og muntlig informasjon til kvinner med bekkennunrift 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.

Urinlekkasje

I løpet av første barseluke foreslås det at kvinnen får informasjon og instruksjon i trening av bekkennens 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.

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.

3 Føringer for barselomsorgen

I dette kapittelet beskrives gjeldende føringer utover de myndighetskravene som omtales i kapittel 13. Både nasjonale og internasjonale føringer påvirker tjenestetilbudets organisering og innhold.

3.1 Anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) legger føringer for nasjonale helsepolitiske strategier og bestemmelser. WHO ønsker at medlemslandene følger de rådene og anbefalingene som organisasjonen gir. Organisasjonen utformer verdensomspennende standarder og søker særlig å tilrettelegge for lavinntektsland med små ressurser. På denne bakgrunn skal det være fullt mulig for høyinntektsland med flere ressurser enkelt å iverksette standardene uten store kostnader. Fem strategier er viktige betingelser for retningslinjen for barselomsorgen:

- **Ti perinatale prinsipper** er utviklet av WHO. Prinsippene skal bidra til demedikalisering av den perinatale omsorgen (18). Nasjonalt har det funnet sted en endring basert på anbefalingene fra WHO (12;13;19). På denne bakgrunn er det anbefalt seleksjon av gravide, et differensiert og desentralisert føde- og barseltilbud tilpasset grader av risiko og kvinnenens egne preferanser.
- **Mor-barn-vennlig initiativ** er en nasjonal satsning og oppfølging av WHO's og Unicef's kampanje *Mor-barn-vennlig initiativ* (20;21). Kampanjen har som overordnet mål å fremme amming og omfatter både sykehus- og helsestasjonsvirksomhet.
- **WHO-koden** er en internasjonal anbefaling for å beskytte sped- og småbarns helse (22). Hensikten med koden er å bidra til god ernæring blant sped- og småbarn. Målet skal nås ved å fremme og beskytte amming, og når det er nødvendig, ved å sikre riktig bruk av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger. Dette reguleres gjennom informasjonstiltak og kontroll med markedsføring av produktene (23;24).
- **Vekststandard** er utarbeidet av WHO. Standarden er internasjonal for barn i alderen 0–5 år (25). Den beskriver utvikling av vekt og lengde/høyde hos et representativt utvalg av barn uten påvist sykdom. I vekststandarden er det også tatt hensyn til at andre faktorer enn sykdom kan påvirke veksten. Vekten hos morsmelkernærte barn danner normen. Vekststandarden er et godt redskap for å forebygge over- og underernæring. Norske retningslinjer følger anbefalingene fra WHO (25;26).
- **Screeningundersøkelser** som har til hensikt å stille diagnose på et tidlig stadium for å forebygge skade eller sykdom, anbefales av WHO. En rekke forutsetninger bør være oppfylt før et screeningprogram iverksettes (27;28).

3.2 Stortingsmeldingen En gledelig begivenhet

St.meld. nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* peker på fem innsatsområder (12): en helhetlig svangerskapsomsorg, et trygt fødetilbud, et familievennlig barseltilbud, kvalitet i alle ledd og et bredt brukerperspektiv.

På bakgrunn av meldingen på Stortinget de enkelte regionale helseforetak å utarbeide en flerårig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet i helseregionene sammen med berørte kommuner (29–32). Planene ble utarbeidet i 2011, og det skulle *“legges til rette for at den lokale jordmortjenesten kan ha en sentral rolle i oppfølgingen av mor og barn hjemme de første dagene etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege”*. Videre skulle oppfølgingen skje i samarbeid mellom spesialist- og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Veilederen *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen – Et trygt fødetilbud* er utarbeidet på bakgrunn av stortingsmeldingen. I den påpekes det blant annet utfordringer ved overføring av oppgaver til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (19). Overføring av oppgaver forutsetter kompetanseoverføring og døgnberedskap i kommunen. Nødvendig fagkompetanse omfatter barselkvinnen og det nyfødte barnets helse.

Helsedirektoratet har blant annet som oppgave å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer. Indikatorene kan også benyttes i det lokale arbeidet med kvalitetsforbedring og intern revisjon. Kvalitetsindikatorer kan blant annet bidra til å strukturere arbeidet med kvalitetsforbedring og evaluere måloppnåelsen. Barselomsorgen har til nå manglet kvalitetsindikatorer. I veilederen *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* er det foreslått et sett indikatorer (19).

I stortingsmeldingen påpekes det at rask fødselsepikrise til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er viktig. For helhetlig omsorg og gode pasientforløp er det også behov for elektroniske pasientjournaler på tvers av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

3.3 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

Folkelikearbeid er et satsningsområde (20;33). Helsemyndighetene og politikerne ønsker større oppmerksomhet rundt forebyggende helsearbeid enn rundt det kurative. Svangerskaps- og barselomsorgen er tjenestetilbud av forebyggende karakter. Mange gravide, barselkvinner og deres familier møter helsetjenesten uten å være syke. Barn og foresatte følges opp på helsestasjonen ifølge et fastlagt program (2). Helsefremmende og forebyggende arbeid innebærer å iverksette tiltak før påvist sykdom eller diagnose. Helsefremmende tiltak kan bidra til god fysisk og psykisk helse og mestring av motgang og belastninger.

3.4 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 barsel-tjenestene 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 rettferdig, 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.

Barselkvinner representerer et mangfold: En likeverdig omsorg identifiserer behovene og tilrettelegger tjenesten individuelt. Innvandrerfamilier representerer en særlig utfordring, både medisinsk, kulturelt og språklig. Kvinner og familier med en bakgrunn fra andre kulturer enn den norske representerer et mangfold. I likhet med andre kvinner har også disse forskjellige behov i barseltiden.

Enkelte grupper innvandrere har større risiko for keisersnitt, dødfødsel og diabetes, noe som stiller svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen overfor utfordringer. Noen grupper kvinner har levd under særlig vanskelige forhold som flyktninger og asylanter, og de kan være preget av fysiske og psykiske traumer.

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 fare-signaler 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. 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. I en sårbar fase er behovet for omsorgsfull hjelp større enn vanlig.

3.5 Informasjon, kommunikasjon og tolk

For barnets foreldre medfører barseltiden mange endringer, spørsmål og valg som skal tas. Informasjon bør gis i en dialog tilpasset foreldrenes/kvinnenes/pasientenes utgangspunkt. Det er utviklet flere metoder for å legge til rette for god dialog mellom helsepersonell og pasienter (35-37). Metodene er pasient-/brukerorientert og kan tilpasses forskjellige utfordringer og problemer.

I møte med pasienter som har begrensede norskkunnskaper, har helsepersonell plikt til å bruke en kvalifisert tolk. Helsedirektoratet har utarbeidet en egen veileder om kommunikasjon via tolk (34). Familiemedlemmer skal ikke benyttes som tolk. Helsepersonell har ansvar for å vurdere behovet for å bestille kvalifisert tolk i møte med pasient/bruker som har begrensede norskkunnskaper, og i møte med samiskspråklige, døve, hørselshemmede og døvblinde. Usikkerhet omkring ansvar for vurdering av behov for tolk, tilgjengelig tolk, bestilling og betaling av tolketjenester er noen av årsakene til at det benyttes familiemedlemmer og andre ukvalifiserte til å oversette samtaler.

Verken helsepersonell eller pasienter/brukere er tilstrekkelig klar over at de kan bruke kvalifisert tolk, og at dette er viktig. Det er en pasientrettighet å motta tilrettelagt informasjon, se kapittel 13.5, Pasientrettigheter. Mangelfull kommunikasjon kan føre til feildiagnose, feilaktig behandling og unødige innleggelse. Når man trenger tolk, anbefales det å benytte Nasjonalt tolkeregister www.tolkeportalen.no for å sikre kvalifisert tolk.

4 Pasientforløp - helhetlig omsorg

En familievennlig barselomsorg møter mor, barn og familie med godhet, respekt og verdighet. En faglig forsvarlig barselomsorg er betinget av en tydelig organisering, klar tilrettelegging, konkret oppgavefordeling og helsepersonell med tilstrekkelig faglig kompetanse om hva det innebærer å være gravid, føde barn og bli foreldre.

Forpliktende lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal ivareta fordeling og organisering av oppgavene innen mange områder, også barselomsorgen. Et overordnet mål 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.

I tråd med loven om pasient- og brukerrettigheter skal helsetjenesten legge til rette for at pasienter kan ta et selvstendig ansvar og fatte beslutninger på et informert grunnlag. En frisk barselkvinne med et barn født til termin er ikke ensbetydende med at det ikke er behov for omsorg og hjelp. De aller fleste familier med nyfødte barn har behov for oppfølging, råd og veiledning i sine nye roller.

4.1 Svangerskapet

Gravide uten risiko for komplikasjoner har tilbud om oppfølging hos fastlege og jordmor i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Svangerskapsomsorgen har et ansvar for å kartlegge om gravide kan ha behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten (2;19;38;39). I tråd med pasient- og brukerrettighetsloven skal kvinnen og hennes partner motta tilstrekkelig informasjon om føde- og barselomsorgen i helseforetak og det lokale tilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (40). For kvinner og familier både i og utenfor risikogrupper kan det være bra å bli kjent med tilbudet i helsestasjonen og få kontakt med helsesøster allerede under graviditeten for å planlegge tilrettelegging og oppfølging etter fødsel.

For å gi kvinnen den beste muligheten til å mestre fødselen og barseltiden er det viktig å klarlegge både ressurser og utfordringer i svangerskapet. Det kan være utfordringer knyttet til fysisk og psykisk sykdom, funksjonshemming, språklige barrierer, behov for vaksine, sosiale forhold eller kvinnens personlige ønsker for fødsel og barselid. Faktorer som det er nødvendig for helsepersonell som senere kommer i kontakt med kvinnen å være oppmerksom på, skal dokumenteres på helsekort for gravide. Noen ganger kan det, med kvinnens samtykke, være mest hensiktsmessig å informere føde-/barselavdelingen direkte om sensitive opplysninger, slik at opplysninger og beskjeder kan legges til kvinnens journal på sykehuset. Hensikten er å tilby en individuell oppfølging.

Enkelte fødeinstitusjoner har innført tilbud til gravide om en samtale i slutten av svangerskapet. Hensikten er å kartlegge kvinnens helse, eventuell sykdom, ressurser og behov. Fødeinstitusjonen gir kvinnen/paret informasjon om føde- og barseltilbudet og kan dermed bidra til realistiske forventninger om fødsel og barselid.

Kvinnen skal ha angitt kontaktopplysninger til fastlege, jordmor, fødeavdeling og helsestasjon på helsekortet for gravide. Kvinnen skal vite hvor hun kan henvende seg for svangerskaps- og barselrelaterte forhold når fastlege, jordmor og helsestasjon ikke er tilgjengelig.

4.2 Barseltiden - de første dagene etter fødselen

Barselomsorgen er i endring. Organiseringen av barseltilbudet vil derfor være forskjellig i de forskjellige regionene og kommunene. En desentralisert barselomsorg er under utvikling med en mer tilpasset oppfølging i hjemmet og på hjemstedet fordi sykehusoppholdet etter fødselen gradvis blir kortere. Hva som regnes som et kort opphold/liggetid, er ikke definert i Norge. Standard opphold er sannsynligvis ulikt fra foretak til foretak. Det er grunn til å tro at praksis med "ambulant fødsel" vil bli vanligere når det gjelder friske kvinner som føder et friskt barn til termin. Hjemreise planlegges i løpet av 4-24 timer etter fødselen.

I løpet av de 24-72 første timene etter fødselen er det mange forhold å ta hensyn til - uavhengig av om mor og barn oppholder seg hjemme eller på sykehus. Mor og barn har behov for hvile og skal ha mulighet til å være mest mulig sammen uforstyrret, noe som kan være vanskelig å få til på en sykehusavdeling med flere pasienter å ta hensyn til. I det samme tidsrommet er det flere undersøkelser av det nyfødte barnet og viktig informasjon som skal gis til foreldrene. Situasjonen krever fleksibilitet og varsomhet, slik at kvinnens egne ønsker og barnets behov respekteres og ivaretas på en omsorgsfull og aksepterende måte og imøtekommes så langt det er mulig.

Dersom kvinnen reiser hjem før de anbefalte undersøkelsene er gjennomført, er det behov for strukturert planlegging for å få et smidig og forutsigbart pasientforløp.

Barseltilbudet de første dagene etter fødselen:

- anledning for kvinnen til å hvile, spise næringsrik kost, knytte seg til / bli kjent med barnet
 - personell med tilstrekkelig fagkompetanse som sørger for omsorg, pleie, behandling og observasjon av kvinnen og barnet
- familievennlig barseltilbud på sykehus som inkluderer far/partner og søsken
- støtte til etablering av amming / iverksettelse av annen ernæring
- nyfødte- og hørescreening, undersøkelse av nyfødt
- individuelle samtaler
 - informasjonssamtale etter fødselen om den aller første tiden
 - informasjonssamtale om den første tiden hjemme og oppfølging
 - postpartumsamtale om fødselsopplevelsen
- kvalitetssikret informasjon til den kommunale helse- og omsorgstjenesten
 - oversendelse av kvinnens og barnets epikrise til fastlege og jordmor, og barnets epikrise til helsestasjonen
 - melding av barnets fødsel til helsestasjon, jordmor og fastlege etter avtale med kvinnen i forbindelse med hjemreise
- tilbud til kvinnen ved hjemreise
 - eget eksemplar av føde- og barseljournal for kvinnen og barnet
 - utskrift av melding/epikrise til helsestasjon, jordmor og fastlege

Sykehusoppholdet bør være langt nok til at det er mulig å klarlegge tidlige problemer og sikre at familien er i stand til og forberedt på å ta vare på barnet hjemme. Lengden på oppholdet bør imøtekomme individuelle behov, og det bør sikres at kvinnen har tilstrekkelig støtte i hjemmet, og at det er tilgjengelig tilstrekkelig fagkompetanse i kvinnens nærmiljø.

4.2.1 Individuelle samtaler etter fødselen

Når og hvor mye informasjon som skal gis, tilpasses den enkelte. I tillegg til samtaler bør praktisk informasjon gis skriftlig. Ved ambulant fødsel / tidlig hjemreise er det mulig å gjennomføre en informasjonssamtale før kvinnen reiser hjem. Videre oppfølging koordineres med den som skal ha videre ansvar for oppfølgingen.

Samtale etter fødselen om de første dagene med barnet

En individuell vurdering og samtale med kvinnen om hennes og barnets behov danner grunnlag for planlegging av barseltiden på sykehus eller i hjemmet. Vurderingen er basert både på kvinnens egne opplysninger og synspunkt og en helhetlig faglig vurdering.

Forslag til omfang av informasjonssamtale ved opphold i føde-/barselavdeling

- amming / annen ernæring av det nyfødte barnet
- informasjon om kvinnens og barnets helse etter fødselen
- fars/partners, eventuelt søskens, deltagelse
- rutinemessig oppfølging av mor og barn under barseloppholdet
- helsepersonellens rolle på sykehuset, rutiner og tilbud i avdelingen
- foreldrenes forventninger
- kosthold, hvile, hygiene og søvn
- veiledning i stell av det nyfødte barnet

Samtale om den første tiden hjemme med barnet

Tidspunkt for hjemreise vurderes på et bredt grunnlag: mestring av foreldrerolle, amming/ernæring og den generelle helsetilstanden hos mor og barn. Er det et fortsatt behov for behandling, veiledning, omsorg og hjelp, bør det vurderes hvor helsehjelpen best kan gis. Hjelpen bør medføre minst mulig negativ belastning for foreldrene og det nyfødte barnet.

Dersom det ikke er mulig å tilby tilstrekkelig faglig forsvarlig helsehjelp lokalt, bør kvinnen og barnet fortsatt være i føde-/barselavdelingen.

Man bør ta hensyn til følgende ved vurdering av hjemreise:

- kvinnens allmenntilstand samt forløp og utfall av svangerskap og fødsel
- tilknytning og samspill mellom mor, barn og familie
- amming / annen ernæring
- barnets allmenntilstand og trivsel samt ernæring, vektutvikling og gulsott
- kvinnens ønsker og behov samt særlige belastninger og utfordringer hos kvinnen, barnet eller familien
- muligheten til å ha en voksen person i hjemmet de første dagene

Forslag til innhold i plan for videre oppfølging:

- informasjon til foreldrene om hvor de kan henvende seg ved behov for hjelp, uavhengig av når på døgnet det er (helsestasjon, barsel- og/eller ammepoliklinikk), og opplysning om kontakttelefon og sted
- informasjon om tilstander man må være oppmerksom på hos barnet og kvinnen
- hjemmebesøk
- timeavtale med fastlege eller sykehus ved behov for ekstra oppfølging

Enkelte fødeinstitusjoner har erfart at kvinner kan føle seg trygge når en kjent fagperson kontakter dem på telefon i løpet av det første døgnet etter at de er kommet hjem. Mer informasjon om samtaler med barselkvinnen finnes i kapittel 5.4, *Utreise- og postpartumsamtale*.

4.3 Barseltiden i hjemmet

Når familien kommer hjem med et spedbarn fra føde-/barselavdelingen, er det vanligvis mange spørsmål som melder seg. Foreldre har ulik erfaring og trygghet i foreldrerollen. Det er en ny og krevende situasjon for foreldrepåret, og forventningene til foreldrerollen kan føre til en følelse av utilstrekkelighet.

Behovene til mor og barn den første tiden i hjemmet er de samme som de første dagene på føde-/barselavdelingen. Mor og barn behøver ro, omsorg og støtte for å bli kjent med hverandre. Helsestasjonen skal hjelpe familien med å håndtere den nye situasjonen ved å gi råd, støtte og veiledning. Støtten kan styrke foreldrenes mestringsevne og trygghet.

Retningslinjen for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid støtter at det legges til rette for en lokal barseloppfølging av mor og barn hvor hjemmebesøk av helsesøster og jordmor er en sentral del av tilbudet. I retningslinjen er det ikke vurdert hvordan oppfølgingen skal organiseres, men den bør skje i et avtalt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, se kapittel 4.4, *Samarbeidsavtaler*.

Det skal være enkelt for barselkvinnen å ta kontakt med helsetjenesten. Hun bør ha mulighet til å henvende seg direkte til den eller dem som skal følge opp henne og barnet, uten timeavtale. Helsepersonell som er i kontakt med eller blir kontaktet av foreldre etter at de har reist hjem fra sykehuset, skal vurdere om det er behov for en poliklinisk konsultasjon, ny innleggelse eller hjemmebesøk basert på de opplysningene som foreligger. Henvendelser skal dokumenteres i kvinnens og/eller barnets journal.

4.3.1 Helsestasjonen

Helsestasjonen er et tilbud på dagtid for familier med små barn, gravide og ungdom. Tilbudet er sammensatt med tverrfaglig kompetanse for å gi et bredt tilbud til familiene (2;38). Familiene mottar generell og individuell oppfølging på helsestasjonen, både helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser og vaksinasjoner. Foreldre og sped- og småbarn med spesielle behov får tilpasset hjelp og utvidet støtte.

Familier med spedbarn skal få besøk hjemme i sitt eget miljø. Tradisjonelt har tilbudet om hjemmebesøk av helsesøster vært gitt helst innen 14 dager etter fødselen. Dagens praksis med tidligere hjemreise fra føde-/barselavdelingen medfører at det første hjemmebesøket bør skje på et tidligere tidspunkt.

Hjemmebesøket er et tilbud til familien på egen arena. Hjemmebesøk etter fødselen er enklere for foreldrene. De slipper stresset med å reise til helsestasjon eller poliklinikk før de er blitt fortrolige med amming og stell av barnet. Fordelen med besøket er at veiledning og støtte foregår i hjemmet, og at foreldrene kan ta opp konkrete problemer og få veiledning tilpasset den aktuelle situasjonen. Fordelen for helsepersonellet er at det kan danne seg en mer helhetlig forståelse av familiens behov og utfordringer, og tilby veiledning basert på foreldrenes konkrete situasjon i hverdagen.

Retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien foreslår hjemmebesøk både av jordmor og helsesøster. Jordmor avlegger det første besøket den første uken etter fødselen, deretter overtar helsesøster videre oppfølging av barnet. Helsesøsters hjemmebesøk er starten på helsestasjonens oppfølging som strekker seg over flere år, se kapittel 5.6, *Hjemmebesøk*.

4.3.2 Allmennlegetjenesten

De fleste kvinner som får barn, er pasienter på listen til en fastlege. Det nyfødte barnet føres opp på den samme listen som moren. Fastlegen har ansvar for henne og skal være tilgjengelig, og på dagtid kan kvinnen kontakte fastlegen for nødvendige allmennlegetjenester også når det gjelder øyeblikkelig hjelp. Fastlegen samarbeider dessuten ved behov med de øvrige tjenestene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel helsestasjonen.

Fastlegen koordinerer kvinnens behov for medisinske tjenester. Alt etter hva slags behandlings- eller hjelpebehov hun har, kan fastlegen henvise henne til forskjellige instanser for nødvendig helsehjelp. Barselkvinner med særlig oppfølgingsbehov hos fastlege kan være de som har fått påvist lavt hemoglobinnivå / anemi, høyt blodtrykk eller svangerskapsdiabetes, eller kvinner som bruker legemidler som antibiotika ved en infeksjon eller oppfølging av en depresjon.

Ved akutt oppståtte hendelser i tiden etter fødselen er det erfaring med at barselkvinner tar kontakt med fastlegen, helsestasjonen eller sykehuset. Det kan være tilgjengelighet, geografiske forhold, konkrete helseproblemer og avtaler mellom pasienten og legen som påvirker hvor kvinnen henvender seg.

For kvinner og familier i sårbare og utsatte situasjoner er fastlegen en viktig koordinator. Fastlegen kjenner også til mulig risiko for barnet der en av eller begge foreldrene har fysiske, psykiske eller sosiale forhold som kan påvirke barnets utvikling i negativ retning. For familiene er fastlegen viktig som koordinator av det tverrfaglige tilbudet.

4.4 Samarbeidsavtaler

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 (29-32). Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommuner og helseforetak å inngå forpliktende samarbeidsavtaler (17;41). De avtalene som inngås, har minstekrav når det gjelder fødselsomsorg, følgetjeneste og barselomsorg. Jordmortjenesten er ett av områdene hvor det skal avtales samarbeid, se kapittel 13.1.3, *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak*.

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.

I veilederen *Et trygt fødetilbud – Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* stilles det krav til tilstrekkelig fagkompetanse i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen (19). For å øke breddekompetansen hos helsepersonell foreslås hospiteringsordninger. Praksiskonsulentordningen for allmennleger er et eksempel på tiltak som bidrar til bedre kommunikasjon og samhandling. Jordmødre som tjenestegjør både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, bidrar til kontinuitet for kvinnene og familiene. Andre tiltak kan være tverrfaglige kompetansehevede tiltak for ansatte både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Dersom oppgaver overføres fra spesialisthelse- til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kan det være behov for kompetanseoverføring. Behovet bør kartlegges og planlegges før oppgaver overføres. En god utnyttelse av kompetanse kan avtales gjennom en arbeids- og oppgavefordeling. Flere kommuner har erfaring med kjøp av tjenester fra helseforetak og interkommunalt samarbeid. Dersom kommunen får ansvaret for oppfølgingen av barselkvinner og nyfødte, forutsetter det at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilgjengelig kompetanse og tilstrekkelige ressurser til å ivareta oppfølgingen.

4.5 Utleksling av pasientopplysninger etter fødselen

Målet med *Retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien* er blant annet å sørge for en tettere oppfølging i tiden etter opphold på sykehus. Når mor og barn reiser hjem etter fødselen, skal kommunen eller den instans som ivaretar oppfølging av familien, varsles av føde-/barselavdelingen om hjemreise.

I påvente av elektronisk meldingsutveksling og en helhetlig pasientjournal er det behov for gode og sikre rutiner for overføring av helseopplysninger mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Telefon og brevpost vil fortsatt være metoder som regnes som sikre for overføring av pasientopplysninger. Gjensidig enighet om kommunikasjonsmåte avtales mellom partene for å oppnå trygge og sikre rutiner for melding om barselkvinner som reiser hjem.

Ved behov for en raskere utveksling av informasjon kan helseforetaket for eksempel ha en avtale med kommunene om at det sendes SMS eller e-post til helsestasjonen ved den kommunale helse- og omsorgstjenesten (helsesøster og/eller jordmor) uten pasientopplysninger: X pasient(er) reiser hjem i dag. Deretter ringer personell ved helsestasjonen tilbake til helseforetaket for å få personopplysninger og informasjon om forhold som bør følges opp.

Det er en god tradisjon at kvinnen selv oppbevarer helsekortet for gravide, og at føde-/barselavdelingen sørger for at kvinnen får sitt eget eksemplar av barne- og fødejournal og epikrise ved hjemreise fra sykehuset etter fødselen. Partogrammet kan gis til kvinnen dersom hun ønsker det. Kvinnen kan oppfordres til å ta papirene med seg når hun oppsøker helsetjenesten i den første tiden etter fødselen.

5 God start for familien

I dette kapitlet beskrives tiltak så som 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 informasjon om metoden finnes i kapittel 12, *Metode og kunnskapsgrunnlag*. Utover dette beskrives familier i sårbare og utsatte situasjoner.

Synet på svangerskap, fødsel og barseltid som en normal fysiologisk prosess kan ha ført til en undervurdering av den sårbare fasen foreldre befinner seg i når de får barn (42). 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.

Nyfødte er aktive i samspillet med foreldrene. Foreldrenes respons på barnets signaler er viktig for hjerneutvikling og atferds- og emosjonsregulering. For de aller fleste spedbarn og foreldre skjer dette intuitivt. Dersom det ikke skjer, er det viktig å legge til rette i barselomsorgen for at barnet tidlig får gode erfaringer i kontakten med foreldrene. En trygg start kan forebygge skjevutvikling, vannskjøtsel og mishandling av spedbarnet.

5.1 Sensitivitet og samspill

Nyfødte barn er sosiale vesener som trenger sosial bekreftelse. Allerede den første timen etter fødselen søker nyfødte etter kontakt (43). Tilknytningsprosessen fører til et psykologisk bånd mellom mor, far og barn (44). Gode foreldre er sensitive og forutsigbare når de svarer på barnets signaler (45;46).

Kvaliteten på samspillet er betinget av foreldrenes sensitivitet og evne til å regulere egne følelser. Sensitive personer forstår og svarer på barnets signaler med aksept og bekreftelse (43). Barn forner trygghet hos personer som er følsomme og imøtekommer deres signaler og behov, og som ikke minst har evnen til å trøste når barnet trenger hjelp til å regulere sine følelser (47-49). Foreldrenes emosjonelle omsorg for barnet er like viktig som den praktiske omsorgen som innebærer å sikre mat, stell og gode soverutiner. Foreldrene trenger selv emosjonell støtte og omsorg for på samme vis å gi dette til barnet.

Det er utviklet metoder for helsepersonell slik at de kan lære foreldre å forstå og reagere hensiktsmessig på barnets signaler. I retningslinjen for barselomsorgen er det ikke vurdert hva effekten av slike metoder er, eller hvilken metode som er den mest effektive basert på norske forhold. Det bør ses nærmere på dette forholdet.

5.2 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.

Uforstyrret fysisk kroppskontakt mellom mor og barn umiddelbart etter fødselen har betydning for å etablere ammingen og tilknytningen mellom mor og barn (50). Kontakten umiddelbart etter fødselen fremmer fysiologiske og psykologiske prosesser (44;45). Barnet legges nakent med forsiden mot morens bryst, under jevnlig tilsyn/observasjon. Fremgangsmåten benyttes både ved vaginale fødsler og ved keisersnitt.

I en systematisk oversikt har man vurdert effekten av tidlig hudkontakt mellom mor og det nyfødte barnet (Moore, 2009) (n = 1925 mor-nyfødt-par) (51). Oversikten inkluderte 30 studier. Resultatene av oversikten med utgangspunkt i effektmålene så som ammingens varighet, gråt hos nyfødte og tilknytning/morsfølelse viste at tiltaket med tidlig, uforstyrret kroppskontakt trolig førte til at flere kvinner lykkes med ammingen, at barna gråt signifikant mindre, at de hadde en mer stabil temperatur, og at tilknytningen mellom mor og barn fikk en bedre start.

Oversikten omfattet friske nyfødte barn mellom svangerskapsuke 37 og 42 eller moderat premature mellom svangerskapsuke 34 og 37. Barna som ble inkludert i studiene, ble lagt hud mot hud med mor enten umiddelbart etter fødselen, i løpet av 30-40 minutter etter fødselen eller mellom 1 og 24 timer etter fødselen. Effekten ble vurdert samlet, og kontrollgruppene var nyfødte og mødre uten kontakt hud mot hud, det vil si at barnet var påkledd eller lagt i et teppe. Omfanget av hudkontakt varierte i studiene, men alle hadde hudkontakt i en viss tid. Studiene i oversikten hadde metodiske svakheter, og det er behov for flere studier.

Klinisk erfaring, tilbakemeldinger fra foreldre og anbefalinger fra WHO støtter denne fremgangsmåten og påpeker at det så langt som mulig er nødvendig å legge til rette for uforstyrret kontakt mellom mor og barn umiddelbart etter fødselen uavhengig av om barnet fødes vaginalt eller forløses med keisersnitt (50). Fagpersoner anbefaler hudkontakt mellom mor og barn også de første dagene etter fødselen fordi barna erfaringsmessig virker roligere, de gråter mindre, og mødrene slapper bedre av. Omstendigheter under fødselen kan føre til at partner, far eller annen omsorgsperson alternativt legger barnet hud mot hud etter fødselen for å berolige og varme den nyfødte og fremme en best mulig fysiologisk tilpasning til livet utenfor livmoren. Det ser ut til å være gunstig selv om det ikke er like optimalt som hudkontakt med mor (52).

5.3 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.

Barselkvinner kan ha nytte av ammeveiledning og støtte fra helsepersonell og fra mødre som er ammehjelpere. Både helsepersonell med fagkompetanse og legmannsstøtte har effekt på ammingens forekomst og varighet. Ved høy forekomst av amming er effekten noe mindre.

I en systematisk oversikt med 34 inkluderte studier fra 14 land har man vurdert effekten av forskjellige tiltak for ekstra ammeveiledning (Britton, 2009) (N = 29 385 mor-nyfødt-par) (53). Resultatene tok utgangspunkt i effektmålene fullamming, ammingens varighet, kvinnens tilfredshet og støtte/hjelp på sykehus og i hjemmet.

Det ble rapportert effekt av helsepersonell med fagkompetanse og veiledning fra legkvinner for en forlenget periode med både delvis amming og fullamming, men ved fullamming var effekten mindre klar. Det ble blant annet vist at kvinner som fullammer, ammet signifikant lenger når de brukte WHO's opplæringsprogram for ammeveiledning og tilrettelegging (50). Det ble rapportert at støtte fra legkvinner var effektivt for å få kvinner til å fortsette å fullamme, men det var mindre klart om det hadde effekt for kvinner som både ammet og gav tillegg. Den ammeveiledningen som ble tilbudt, ble gitt spesifikt til kvinner som hadde bestemt seg for å amme, og veiledning fører trolig til at flere kvinner fortsetter å amme.

Selv om det er behov for mer forskning, foreligger det i tillegg til denne systematiske oversikten både klinisk erfaring og brukererfaring som bekrefter at ammefrekvensen i Norge er et resultat av systematisk innsats fra fagpersoner, legfolk og nasjonal helsepolitikk. Majoriteten av norske kvinner starter med å amme. Selv om enkelte selv velger å amme i kortere tid, har vi kunnskap om at mange blir skuffet dersom de ikke klarer å amme så lenge som de hadde tenkt (54). På grunnlag av denne systematiske oversikten og erfaring kan det fastslås at det er effektivt å gi forsterket støtte og veiledning til kvinner tidlig i ammeforløpet for å etablere ammingen. I de to første månedene er kvinnen og barnet mer utsatt for tidlig ammeavslutning eller diegiving enn senere i forløpet.

Flere studier er nødvendig for å vurdere effekten av ulike typer ammehjelp, spesielt for grupper med lav forekomst av amming og manglende initiativ til å starte med amming. Nye studier bør undersøke når og hvordan støtten best kan gis, hvilken effekt tiltakene har, og hvor tilfredse kvinnene er. Det er også behov for mer kunnskap om (etter)utdanning/kurs for ammeveiledere, både til legkvinner og fagpersoner.

Holdninger og støtte fra ammende kvinners nettverk og familie har betydning for hvordan ammingen forløper. For å få til ammingen er det nyttig med oppmuntring, praktisk hjelp og avlastning med barnet. Barnefar/partner er den nærmeste til å bidra. I ammeperioden er det mange utfordringer. Det kan gjelde faser hvor det er vanskelig å få barnet til å die, dager med hyppig amming for å øke melkeproduksjonen, ved melkespreng eller spørsmål om infeksjoner og sopp. Det er krevende for kvinner å fortsette å amme dersom omgivelsene er negative. Det kan for eksempel være at de har liten tro på at kvinnen skal klare å gjennomføre ammingen.

5.4 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.

Brukerundersøkelser har vist at kvinner setter pris på å diskutere og snakke om egne fødselsopplevelser (55). Det er viktig å skille mellom en generell samtale om fødselen og en formell debriefing. Debriefing eller rådgivning etter traumatiske hendelser er benyttet som et redskap for å forebygge psykiske plager og sykdommer som depresjoner og posttraumatisk stress. En fødsel kan for enkelte oppleves som vanskelig og traumatisk. Nyttverdien av postpartumsamtalen er regnet som usikker (55;56). I systematiske oversikter og en retningslinje ble det fastslått at formell debriefing i forbindelse med fødsel ikke er å anbefale (55;56). Det ble heller anbefalt at kvinner får tilbud om en samtale hvor det er mulig å stille spørsmål til jordmor eller lege om hendelsesforløpet og fødselsopplevelsen, helst den jordmoren som bistod ved fødselen, eller den legen som forløste kvinnen.

Postpartumsamtalen er en gjennomgang av fødselsforløpet. Det er en samtale mellom kvinnen og den jordmoren eller legen som var ansvarlig ved fødselen. Når det ikke er mulig, kan andre bidra til å gjennomføre samtalen. Samtalen kan være en avslutning eller en evaluering av både kompliserte og ukompliserte forløp (57).

Informasjonssamtaler med foreldrene etter fødselen har et annet innhold enn postpartumsamtalen. Samtalene har til hensikt å informere om barseltiden og forberede mor eller foreldre på å komme hjem med det nyfødte barnet. Praksis på landsbasis er forskjellig, og samtalene kan foregå sammen med foreldrepåret eller som undervisning i grupper. Gruppeundervisning kan ikke erstatte individuelle samtaler. Innholdet i samtalen/undervisningen er praktisk rettet med tips og råd både til barselkvinnen og eventuelt partner. Foreldrene får også informasjon om videre oppfølging. Se for øvrig kapittel 4.2.1, *Individuelle samtaler etter fødsel* og kapittel 13.5, *Pasient- og brukerrettigheter*.

Det er usikkert hva som er det ideelle tidspunkt for samtale om fødselen. På bakgrunn av klinisk erfaring er det individuelt. Noen kan ha nytte av å gjennomgå fødselsforløpet kort tid etter fødselen, mens andre foretrekker å gjøre det senere eller når behovet melder seg igjen ved et nytt svangerskap. Mange fødesteder tilbyr en samtale etter fødselen eller ber kvinnen ta kontakt dersom hun har behov. Dette tilbudet varierer på landsbasis. Generelt i samtale med barselkvinnen er det viktig å være lydhør og åpen for hennes historie, opplevelser og spørsmål. I samtalen bør det kartlegges om foreldrepåret har behov for mer hjelp og støtte, og om de befinner seg i en risikosituasjon. Når det gjelder samtalene, er det utviklet metoder, og barselavdelingene har prosedyrer for innhold og omfang (35-37). Det er behov for flere studier om effekten av debriefing og andre samtaler som utføres i barselomsorgen.

5.5 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.

Sykehusoppholdet i forbindelse med fødselen er kortere for alle grupper kvinner, både dem med stor og liten risiko for komplikasjoner. For friske kvinner har flere helseforetak og kommuner erfaring med tidlig hjemreise for mor og barn (58;59). Kortere sykehusopphold etter fødselen har hos enkelte fagpersoner medført bekymringer for hvordan det går med det nyfødte barnet. I en norsk studie ble det vurdert om tidlig hjemreise hadde innvirkning på barnets matinntak og vekttoppgang (60). Studien viste at 1,0 promille ble innlagt innen seks dager etter fødselen på grunn av uttørking og elektrolyttforstyrrelser.

Årsakene til at friske fullbårne barn legges inn på nytt, er blant annet spiseproblemer, infeksjoner, gulsott og uttørking (61;62). Erfaringen er at uavhengig av lengden på sykehusoppholdet vil det være noen få spedbarn som blir syke og må legges inn.

I en systematisk oversikt vurderte man effekten av å reise tidlig hjem for kvinner med antatt lav risiko etter en normal fødsel av ett barn til termin. Oversikten inkluderte ti studier (Brown, 2009) (n = 4489) (63). Oversikten sammenlignet tidlig hjemreise og standard opphold. Omfanget av oppfølging etter hjemreise og forberedelse under svangerskapet varierte, men alle som tilhørte gruppene som reiste hjem tidlig, hadde hjemmebesøk av sykepleier eller jordmor etter fødselen.

Tidlig hjemreise var definert forskjellig i studiene. Standard opphold var definert som mer enn 48 timer i fem av de inkluderte studiene, og tidlig hjemreise var definert som mellom 6 og 48 timer. I én studie var 60 timer definert som standard, og tidlig hjemreise var mindre enn 60 timer. I fire studier var mer enn fire døgn definert som standard, og tidlig hjemreise var definert som mellom 12 og 72 timer.

Resultatene av oversikten viste med utgangspunkt i effektmålene depresjon, ammingens varighet og kvinnenes tilfredshet at det kan virke som om praksis med tidlig hjemreise for friske kvinner med et barn født til termin ikke medførte uheldige effekter. Oversikten var for liten til sikkert å vurdere sjeldne utfall som maternell og perinatal dødelighet og ny innleggelse. Det er behov for flere studier av god kvalitet. Når det gjelder utfall for barna, mangler det data.

Resultatene i den systematiske oversikten tydet på at planlagt utreise fra føde-/barselavdelingen, som et ledd i en strukturert oppfølging med hjemmebesøk, ikke førte til nedsatt brukertilfredshet, lavere forekomst av amming eller økt forekomst av depresjon.

Kvaliteten på omsorgen er ikke avhengig av lengden på oppholdet ved fødeinstitusjonen ifølge WHO (64). Omsorgen kan være bedre hjemme hos kvinnen. Hovedsaken er at den omsorgen som blir gitt, er tilstrekkelig. WHO anbefaler opphold ved institusjon dersom kvinnen bor langt fra sykehuset eller det er vanskelig å skaffe hjelp lokalt. WHO oppmuntrer til en familiesentrert omsorg med god informasjon om risiko for mor og barn og om når det er behov for å oppsøke helsepersonell med fagkompetanse.

5.6 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 tilbys 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.

Hjemmebesøk fra helsestasjonen ved helsesøster er redusert i enkelte kommuner selv om tiltaket er nedfelt i forskrift og barseloppholdet på sykehuset er kortere enn tidligere (1;8;65). Fagpersoner vurderer hjemmebesøk som et godt hjelpemiddel med tanke på tidlig intervensjon og som et utgangspunkt blant annet for helsesøsters oppfølging av barnefamilier.

En systematisk oversikt med kvalitative studier har beskrevet kvinners erfaring med hjemmebesøk av helsesøster i Norden (Hjälmhult, 2012) (N=10396) (66). Én av studiene var fra USA. I oversikten ble det rapportert flere fordeler med hjemmebesøk av helsesøster: Det skapte kontakt med familien på dens egen arena, det ble tilbudt alle, det forhindret stigmatisering av utsatte grupper, det opplevdes praktisk for foreldrene, det sikret individuell veiledning, helsesøster konsentrerte seg om én familie av gangen, det skapte tilfredshet blant brukerne, besøket ble vurdert som nyttig, og det var viktig for brukerne å møte den samme helsesøsteren ved senere anledninger. De kvinnene som ble intervjuet, opplevde fred og ro, de følte seg tryggere, og de fikk mer personlig kontakt med helsesøster enn ved oppmøte på helsestasjon.

I en kartlegging av tilbudet til gravide, fødende og barselkvinner ved St. Olavs hospital vurderte man konsekvensene av omorganisering og nedskjæring (67). Kartleggingen antydte at det var viktig med en første kontakt med helsepersonell tidligst mulig etter hjemreise og oppfølging ut fra individuelle behov. En spørreundersøkelse (N = 2583) fra Canada bekreftet dette: Jo raskere kvinnene fikk telefonsamtale og hjemmebesøk, desto mer nyttig opplevde de kontakten (68). En systematisk oversikt viste at hjemmebesøk trolig gir færre deprimerte kvinner etter fødselen, og at individuelle tiltak har en positiv effekt, se kapittel 5.8, *Psykososial og psykisk støtte* (69).

Noen har påvist at det er sammenheng mellom graden av oppfølging i barseltiden og depresjon og ammefrekvens, og at deprimerte kvinner ammer mindre enn andre (70;71). Tilknytningen mellom mor og barn etter fødselen kan påvirkes av depresjon, og en god tilknytning til moren er viktig for god psykisk helse hos barnet. Tilbud om veiledning av foreldre i deres eget miljø kan gi familien en god start på barseltiden og bidra til myndiggjøring (66).

Hjemreise fra føde-/barselavdelingen skjer samtidig som foreldre opplever en vanlig usikkerhet rundt den nye rollen som omsorgspersoner. Flere kvinner reiser hjem før melkeproduksjonen er etablert og barnet dier tilfredsstillende. Det er vanlig at barselkvinner er nedstemte og trette i en periode etter fødselen, og det kan skje uten at det er påvist sykdom. På bakgrunn av en faglig vurdering er det behov for flere koordinerte hjemmebesøk siden mor og barn har så kort opphold på sykehuset etter fødselen. Det første besøket bør skje tidlig etter hjemkomsten. Det gir foreldrene trygghet og støtte. Ved tidlig hjemreise bør antagelig i alle fall første hjemmebesøk skje ved jordmor. Deretter har helsesøster ansvaret for å følge opp barnet. Fastlege skal fortsatt ha ansvar for pasienter på sin liste og oppgaver som ligger utenfor den normale barseltiden.

Vanligvis er det behov for både hjemmebesøk og polikliniske konsultasjoner i løpet av de fjorten første dagene etter fødselen. Som et supplement kan telefonkonsultasjoner være effektivt for å løse små problemer / besvare spørsmål / gi støtte. Den første tiden oppleves som travel for foreldrene. Et nyfødt barn som vanligvis dier mellom 8 og 12 ganger i døgnet, gjør at det er mindre tid til kvinnens egne behov og til å oppsøke polikliniske tilbud. Enkelte nyfødte kan ha behov for daglige kontroller. Å forholde seg til timeavtaler og reise til og fra sykehus er en tilleggsbelastning for foreldrene. Et målrettet hjemmebesøk av helsepersonell med tilstrekkelig fagkompetanse kan for mange kvinner og nyfødte erstatte en poliklinisk konsultasjon i spesialisthelsetjenesten.

5.7 Undervisning og informasjon

Informasjon om helsetilstand og -hjelp skal tilpasses mottakerens 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.

Foreldre har krav på informasjon. Det innebærer at foreldrene "skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i [barnets] helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger" (40), se kapittel 13.5, *Pasientrettigheter*. Foreldre-veiledning og helseopplysning er oppgaver som er nedfelt i forskriften for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2).

Det benyttes forskjellige metoder for å gi opplæring og informasjon. Det er tradisjon for undervisning under svangerskapet og i barseltiden både ved helsestasjon og på sykehus. Når det gjelder barselundervisning, er det uklart i hvilken grad den oppleves som nyttig, hva effekten av undervisningen er, og hva innholdet i undervisningen bør være. I en systematisk oversikt har man vurdert strukturerte opplæringsprogrammer (Bryanton, 2010) (n = 2868 mødre og 613 fedre) (72). Oversikten inkluderte 15 studier. Programmene ble tilbudt ved sykehus eller et annet sted innen de to første månedene etter barnets fødsel. Helsepersonell formidlet undervisningen. Det er behov for større studier med god metode.

Nye foreldre har et økt informasjonsbehov. Barselgrupper er populære og kan fungere som nettverksbyggende tiltak. Tilbudene i regi av helsestasjonen skal være gratis. Det er behov for mer kunnskap om hvorvidt tiltakene har effekt, og hvorvidt det skal være en prioritert oppgave for helsepersonell. Det er usikkert om tiltakene når risikoutsatte grupper.

Hensikten med undervisning og informasjon er å bidra til at foreldrene mestrer sine roller som foreldre. Mange foreldre er engstelige og usikre, og på bakgrunn av ønske fra foreldre og helsepersonells erfaring er det grunn til å anta at en konkret og saklig informasjon tilpasset foreldrene kan bidra til trygghet og sikkerhet. Det er behov for pedagogisk og tilpasset informasjon til brukere som ikke behersker norsk språk.

Gruppebasert informasjon til foreldre om generelle spørsmål kan ikke erstatte individuell informasjon. Helsepersonell i barselomsorgen har erfaring med at foreldre i tillegg har behov for tilrettelagte individuelle samtaler ut fra sine og barnets behov.

5.8 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.

I en systematisk oversikt har man vurdert i hvilken grad psykososiale og psykologiske tiltak kan redusere risikoen for å utvikle barseldepresjon. Oversikten inkluderte 15 studier (Dennis, 2004) (n = 7697) (69). Psykososial og psykologisk støtte og forebygging sammenlignet med vanlig oppfølging lot ikke til å redusere forekomsten av barseldepresjon vesentlig. Et unntak var intensiv støtte

i barseltiden fra helsesøster og fleksibel barselomsorg fra jordmødre, det vil si at omsorgen var mindre rutinebasert. Individuelle tiltak rettet mot reelle behov så ut til å være mer gunstig enn gruppebaserte, generelle tiltak. Det var også dokumentert at tiltak som var initiert i barseltiden (og ikke under svangerskapet), kunne ha effekt. Tiltak gitt til risikogrupper var rapportert som mer gunstig enn tiltak som retter seg mot hele populasjonen.

Basert på denne systematiske oversikten er det antatt at det er effektivt med spesifikke hjemmebesøk og individuelle tiltak fremfor gruppetiltak. Det var usikkert om undervisning og hjemmebesøk ved en lepperson har effekt. Spesifikke tiltak til kvinner i risikogrupper kunne også vise seg å forebygge barseldepresjon. Se for øvrig også kapittel 5.6, *Hjemmebesøk*.

5.9 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.

Retningslinjen for barselomsorgen gir anbefalinger for alle kvinner med nyfødte barn. Mange kvinner og nyfødte kan ha behov for mer støtte og helsehjelp enn det som er beskrevet her. Kort opphold på sykehus etter fødselen gjør at det kan være vanskelig for helsepersonell å få inngående kjennskap til pasientenes behov.

I løpet av svangerskapet er det gode muligheter for å tilrettelegge og planlegge en individuell oppfølging av risikoutsatte gravide og familier. I svangerskapsomsorgen kan jordmor og lege bidra til strukturert oppfølging ved å legge en plan for fødsel og barselid. Fastleger som kjenner sine pasienter godt, har en nøkkelrolle i en tverrfaglig oppfølging. Helsestasjoner og helseforetak har forsterkede tilbud til ulike grupper gravide. Svangerskapskontroll av god kvalitet bør avdekke gravide med behov for utvidet støtte og oppfølging, slik at behovet for oppfølging er kjent før fødselen og i barseltiden.

For at pasientene skal få god og riktig helsehjelp, er det viktig at kunnskap og forståelse er til stede hos helsepersonell som skal bidra til å identifisere sårbare og utsatte kvinner, barn og familier (73):

- kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer og signaler, og kjennskap til kritiske faser i barns/unges utvikling og i voksnes liv
- forståelse av egen rolle i arbeidet med å oppdage, gripe inn og handle på grunnlag av en bekymring
- kjennskap til rutiner og prosedyrer på eget arbeidssted og i det øvrige tjenesteapparatet

Personer og familier med risiko for å utvikle problemer får ikke alltid den riktige hjelpen i tide (73). Helsepersonell kan vegre seg for å gripe inn, eller symptomene og tegnene på at noe er galt, kan være vage. Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er en periode med hyppig kontakt mellom pasient og helsepersonell. Med helhetlig oppfølging og kontinuitet bør forholdene ligge godt til rette for at problemer kan kartlegges tidlig:

- rusrelaterte problemer
- psykisk og fysisk langtidssykdom
- funksjonsnedsettelse
- vold, overgrep og omsorgssvikt
- enslige forsørgere og unge foreldre/mødre
- vanskelige psykososiale og økonomiske forhold
- innvandrere, asylsøkere, personer med ulovlig opphold
- opplevelse av tap, for eksempel dødsfall, sykdom, arbeidsløshet, brudd i parforhold

Gravide med risiko for komplikasjoner og familier med nyfødte barn har også et særskilt behov for oppfølging.

På den ene side har barselomsorgen ansvar for å legge forholdene til rette for et godt samspill mellom foreldrene og barnet. På den annen side er det viktig å sørge for kontakt med hjelpeinstanser når helsepersonell oppdager tegn på omsorgssvikt. Denne balansen er utfordrende og krever tilstrekkelig fagkompetanse hos helsepersonellet. Sårbare foreldre kan ha problemer med å ivareta spedbarnets behov på grunn av egne vanskeligheter. For utsatte grupper er det en forutsetning med et tverrfaglig samarbeid og en god kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell må være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten og kjenne til sin meldeplikt, se kapittel 13.4. Barn med kroniske tilstander kan ha rett til en individuell plan, og helsestasjonen har en sentral rolle i koordineringen av tilbudet (74). Mer informasjon om grupper med særskilt behov for tilpasset oppfølging finnes i andre retningslinjer og veiledere (73;75-77).

5.10 Omsorg for familier som opplever sorg og kriser

Foreldre som får et barn med en sykdom eller en kronisk lidelse, eller som opplever at barnet dør i forbindelse med svangerskapet eller fødselen, har behov for en strukturert oppfølging fra helsepersonell. Foreldre som opplever at barnet dør, har en økt risiko for å utvikle psykososiale problemer. Tapet av et barn eller alvorlig sykdom utgjør en belastning for parforholdet. Det har vist seg at omsorg og støtte kan ha en lindrende og forebyggende effekt. Foreldre som får støtte i sorgprosessen, vil raskere fungere i hverdagen. Menn og kvinner vil ha ulike behov for oppfølging. Det samme gjelder barnets søsken.

En familiebasert omsorg som bygger på et faglig samarbeid mellom føde-/barselavdeling og nyfødtdavdeling, kan bidra til å støtte foreldrene. Konsekvent informasjon uavhengig av hvem som gir informasjonen, bidrar til trygghet i en tid som oppleves som kaotisk for foreldrene. En fast kontaktperson kan koordinere tilbudet, slik at foreldrene opplever kontinuitet og forutsigbarhet. Kontaktpersonen sørger for en strukturert og tilrettelagt oppfølging basert på familiens behov.

Tilbudet til foreldrene er basert på en tverrfaglig strategi som ivaretar psykososial og praktisk støtte både på sykehuset og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Landsforeningen for uventet barnedød har informasjon om dødfødsler, krybbedød, sorg og sorgarbeid på sine hjemmesider <http://www.lub.no/mistet-barn>.

6 Spedbarnets ernæring og vekst

I dette kapitlet beskrives ernæring med morsmelk, erstatning for morsmelk, anbefaling ved enkelte sykdomstilstander hos mor og barn samt legemidler og amming. Det er også omtale av barnets vektutvikling samt veiledning og støtte til kvinner som kan ha en noe lavere forekomst av amming, og som i starten kan ha ammeproblemer. Foruten praktiske metoder og kliniske vurderinger omtales WHO's og Unicef's strategi *Mor-barn-vennlig initiativ*.

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 (78). Utover seks måneder anbefales det å gi barnet morsmelk sammen med tilleggs kost i hele første leveår og gjerne lenger. Helsedirektoratet reviderer retningslinjen for spedbarns ernæring (2013). Den vil blant annet basere seg på *Nordiske næringsstoffanbefalinger* (79).

6.1 Amming - utvikling og trender

De fleste norske kvinner starter med å amme barnet sitt og ønsker selv å amme. Dersom ernæring med morsmelk ikke er mulig eller ønsket, skal barnet få tilfredsstillende alternativ ernæring, det vil si morsmelkerstatning beregnet på spedbarn. I et folkehelseperspektiv er amming forbundet med redusert risiko for en rekke livsstilssykdommer for mor og barn. Se kapittel 6.2.1, *Effekter for barnet* og kapittel 6.2.2, *Effekter for mor*. Likevel slutter en del kvinner å amme før de hadde planlagt, ofte på grunn av problemer som kunne vært løst med oppfølging fra helsepersonell med tilstrekkelig fagkompetanse om amming og ernæring (80).

Kunnskapsgrunnlaget om amming er basert på systematiske oversikter, kohortstudier og prospektive observasjonsstudier. Det er vurdert at kunnskapsgrunnlaget holder høy kvalitet (21;50;81-83). Det gjennomføres landsrepresentative undersøkelser av sped- og småbarns kosthold cirka hvert åttende år: Spedkost og Småbarnskost, henholdsvis i 1998-99 og 2006-07 (54;84). I tillegg planlegges det å gjennomføre nasjonale undersøkelser om amming.

Mor-barn-vennlig initiativ har vist seg å være velegnet til å beskytte, fremme og støtte amming (50;85;86). For å sertifiseres som et *Mor-barn-vennlig sykehus* skal sykehuset innfri kravene til *Ti trinn for vellykket amming*. Mer enn 90 prosent av barn i Norge fødes ved sertifiserte *Mor-barn-vennlige sykehus* (2012).

Mor-barn-vennlig initiativ er utvidet til også å omfatte helsestasjoner. Programmet består av seks punkter som samlet utgjør en kvalitetsstandard for ammeveiledning. Helsestasjoner som arbeider i samsvar med kvalitetsstandard, vil bli sertifisert som *Ammekyndig helsestasjon*. Om lag halvparten av barna tilhører en helsestasjon som er sertifisert eller er i ferd med å bli sertifisert (2013). Kvalifiseringen innebærer blant annet selvevaluering, kartlegging av ammeforekomst ved helsestasjonene, utarbeidelse av en ammeprosedyre og etterutdanning av personalet. En landsdekkende *Ammekyndig helsestasjon* vil bidra til økt ammekompetanse i kommunene, slik at kvinner kan få tilstrekkelig kvalifisert hjelp lokalt.

Forekomsten av amming har variert. I 1967 hadde man et bunnivå på 15 prosent ved seks måneders alder (87). Representative data fra 2006-7 viser en ammeforekomst på cirka 90 prosent ved tre måneder etter fødselen, 80 prosent ved seks måneder, 63 prosent ved ni måneder og 46 prosent ved 12 måneder (54;84). Norge har et høyt ammenivå blant høyinntektsland.

I perioder med lav ammeforekomst, for eksempel på 1960-tallet, ble nyfødte barn holdt atskilt fra sine mødre det meste av døgnet. Ammingen foregikk etter tidsskjema, og barna fikk tilleggsnæring. Etter den tid har det vært arbeidet systematisk med å fremme ernæring med morsmelk og amming. Systematiske oversikter har påvist økt forekomst av amming ved tiltak som er basert på støtte og kvalifisert veiledning både fra fag- og legfolk (50;53).

Helsepolitisk er det et mål å beskytte, fremme, støtte og øke forekomsten av amming (12;88-91). For å nå målet er det et viktig tiltak å legge til rette for at flest mulig ammer barna sine. Nesten samtlige kvinner ammer barna sine ved utreise fra føde-/barselavdelingen. Mellom én og to prosent kan eller bør ikke amme, og noen flere vil ha besvær med å gjennomføre ammingen. Kortere sykehusopphold etter fødselen (1-3 dager) er vanlig. Det medfører at mor og barn vanligvis reiser hjem fra sykehuset før kvinnen opplever at hun mestrer ammesituasjonen og barnet dier tilfredsstillende eller "ammingsen er etablert". Dagens praksis med hjemreise er ikke evaluert, og det mangler statistiske data for å følge utviklingen.

Det er grunn til å være bekymret for at kort opphold på barselavdelingen uten en tilsvarende styrking av helsestasjonstjenesten kan påvirke ammeforekomsten i negativ retning fremover. Satsning for å opparbeide tilstrekkelig fagkompetanse i amming og morsmelkernæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er iverksatt gjennom *Ammekyndig helsestasjon*.

For å opprettholde den høye nasjonale forekomsten av amming kan det være nødvendig å gi kvinner en mulighet til å bli på barselavdelingen den tiden det normalt tar å etablere ammingen, i praksis 3-5 dager for førstegangsfødende, dersom kommunen ikke har organisert en tilstrekkelig oppfølging. Melkeproduksjonen er vanligvis ikke etablert før barselkvinnene reiser hjem. Klinisk erfaring og forskning viser at det er avgjørende at mor og barn gis en tett oppfølging frem til ammingen er vel etablert, uavhengig av om de befinner seg på sykehus eller i hjemmet (53). Hva som anses som en minstestandard, er det samme både i kommune- og spesialisthelsetjenesten som tilbyr barselomsorg (50).

6.2 Positive effekter av amming

Amming påvirker barnets og morens fysiske og psykiske helse både på kort og lang sikt (82;92-95).

6.2.1 Effekter for barnet

Morsmelk utgjør den optimale ernæring for spedbarnet og gir grunnlag for best mulig vekst og utvikling. I en systematisk oversikt har man blant annet vurdert kort- og langtidseffekter av morsmelkernæring i et nordisk perspektiv (83). For en rekke helseeffekter er dokumentasjonen vurdert å være overbevisende eller sannsynlig (se tabell 1).

Tabell 1: Oversikt over resultater av systematisk litteraturgjennomgang. Bakgrunn for revisjon av Nordiske næringsstoffanbefalinger (81)

Barnet - helseeffekter av amming		Gradering av dokumentasjonen
Overvekt/fedme hos barn og unge	Lengre varighet av fullammingsperioden eller ammeperioden beskytter mot overvekt og fedme hos barn og unge.	Overbevisende
Akutt mellomørebetennelse	Morsmelkernæring beskytter mot akutt mellomørebetennelse.	Overbevisende
Mage- og tarminfeksjoner	Morsmelkernæring beskytter mot mage- og tarminfeksjoner.	Overbevisende
Nedre luftveisinfeksjoner	Morsmelkernæring beskytter mot luftveisinfeksjoner.	Overbevisende
Vekst	Fullamming i mer enn 4 måneder er forbundet med langsommere vektøkning i andre levehalvår.	Sannsynlig
Blodtrykk	Morsmelkernæring har en liten, men signifikant reduserende, effekt på blodtrykket senere i livet.	Sannsynlig
Kolesterol i serum	Morsmelkernæring gir en liten reduksjon i kolesterolnivået i blodet senere i livet eller voksen alder.	Sannsynlig
Type 1-diabetes	Morsmelkernæring beskytter mot type1-diabetes.	Sannsynlig
Type 2-diabetes	Morsmelkernæring beskytter mot type 2-diabetes.	Sannsynlig
IQ og nevrologisk utvikling	Morsmelkernæring er gunstig for IQ og score på utviklingstester hos barn.	Sannsynlig
Cøliaki	Morsmelkernæring beskytter mot cøliaki, dersom gluten introduseres i små mengder mens barnet fortsatt ammes, selv om det er usikkert om denne beskyttelsen bare forsinker utbrudd av cøliaki, eller om den gir permanent beskyttelse.	Sannsynlig
Inflammatorisk tarmsykdom	Morsmelkernæring beskytter mot inflammatorisk tarmsykdom.	Sannsynlig
Overvekt/fedme i voksen alder	Morsmelkernæring beskytter mot overvekt/fedme i voksen alder.	Begrenset - mulig
Kreft	Morsmelkernæring beskytter mot leukemi og muligens andre kreftformer som forekommer hos barn.	Begrenset - mulig

Det er overbevisende dokumentasjon for at morsmelk/ammning beskytter mot overvekt hos barn og unge, akutt mellomørebetennelse, mage- og tarminfeksjoner og nedre luftveisinfeksjoner. For atopisk sykdom og astma gav litteraturgjennomgangen varierende resultat, og man kunne ikke fastslå om amming virket forebyggende på atopiske sykdommer eller astma hos barn. En meta-analyse har konkludert med at amming beskytter spedbarn mot krybbedød. Effekten var sterkere ved fullamming (96).

6.2.2 Effekter for mor

For mor er amming forbundet med redusert risiko for kreft i bryst og eggstokker og redusert risiko for diabetes type 2 (97;98). Velfungerende amming kan ha en gunstig effekt på kvinnens psykiske helse, blant annet gjennom å heve stemningsleie og dempe stress og angst (71;99-101). Helsepersonell bør kjenne til at velfungerende amming har vist seg å være en av de få faktorene som kan heve stemningsleiet hos deprimerte barselkvinner (71;102-104). Også kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep, og som har økt risiko for dårlig søvnkvalitet og depresjon i barseltiden, sover bedre og har færre negative symptomer dersom de fullammer, enn mødre som ikke ammer eller bare delvis gjør det (105).

Sosiale forskjeller påvirker forekomst av amming. De sosiale ulikhetene i amming følger det samme mønsteret som en finner for sosial ulikhet i helse for øvrig. Morens utdanningsnivå, røykevaner og sivilstatus er blant de faktorene som innvirker på ammeperiodens varighet. Eksempelvis ammer kvinner med lav utdanning kortere enn de med høy utdanning (106).

I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det flere fordeler ved at flest mulig spedbarn får morsmelk, og at kvinner ammer. Det er ikke gjennomført nasjonale kostnads- og nytteberegninger, men det er en gevinst at lavere sykkelighet gir mindre foreldrefravær med syke barn, reduserte utgifter til trygdeytelser og legemidler, færre lege- og poliklinikkbesøk, sykehusinnleggelse, sykemeldinger med mer (107). Amming er også miljømessig gunstig, med redusert bruk av energi til produksjon av erstatning for morsmelk, flasker, smokker, emballasje, transport og avfall.

6.3 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 utskrivning 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.

Mor-barn-vennlig initiativ består av enkle, grunnleggende og konkrete prinsipper for å få en god, positiv start og etablering av ammingen (50).

Ti trinn for vellykket amming. Føde-/barselavdelingene på et Mor-barn-vennlig sykehus skal:

1. ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen
2. tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren
3. bidra til å spre informasjon til gravide om hvilke fordeler brysternæring har, og om hva de kan gjøre for å få til ammingen
4. sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted, og gjøre mødre oppmerksom på tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet
5. vise mødre hvordan de skal amme, og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn
6. ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det
7. gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet
8. oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering

9. unngå bruk av narre- eller flaske-smokk til brystbarn, i alle fall til ammingen er veletablert
10. bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-/barselavdelingen og helsestasjonen, idet helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper

Det foreligger tilsvarende anbefalinger for nyfødtafdelinger og helsestasjoner (108).

Mor-barn-vennlig initiativ har ført til holdningsendringer blant helsepersonell og i befolkningen, men har også vist at det er behov for en fortløpende innsats for å opprettholde den høye forekomsten av amming. Det er for mange kvinner, særlig i risikogrupper, som ikke mestrer ammingen og gir opp tidligere enn det som er anbefalt (109).

Amming har fordeler både for barnet, moren, familien og samfunnet, se kapittel 6.2, *Positive effekter av amming*. Den første tiden er mest kritisk for det videre forløpet, og det er viktig at barselkvinnen og hennes partner gis støtte og veiledning inntil ammingen er etablert. Partner/far kan bidra med å støtte kvinnen både praktisk, sosialt og emosjonelt.

Ti trinn for vellykket amming anbefaler å unngå tillegg til morsmelken til friske nyfødte barn mens ammingen er i ferd med å etableres, så sant det ikke er medisinske kriterier for å bruke det (110;111). Studier tyder på at det kan være nyttig å unngå bruk av flaske og/eller smokk til brystbarn de første par ukene inntil ammingen er etablert (112;113). I en randomisert kontrollert studie er det funnet en lengre ammeperiode hos barn hvor man unngikk flaske og smokk de to første ukene (114).

De fleste kvinner opplever utfordringer med ammingen (80). Se kapittel 5.3, *Støtte til kvinner som ammer* og kapittel 6.6, *Veiledning og støtte*. For å gi fullgod veiledning er det nødvendig med tilstrekkelig fagkompetanse om de vanligste utfordringer og årsaker til ammeproblemer som kan føre til en for tidlig ammeslutt:

- opplevelse av utilstrekkelig melkemengde
- sliten, stresset, bekymret eller syk mor, eventuelt legemiddelbruk
- barnets manglende evne til å ta brystet tilfredsstillende, ulike årsaker
- smerter ved amming, såre brystknopper, brystsprenge, tilstoppede melkeganger, brystbetennelse, abscess, *Candida albicans*, eksem
- innadvendte brystknopper hos mor, stramt tungebånd hos barnet

Informasjon for helsepersonell om håndtering av ammeproblemer finnes hos www.helsedirektoratet.no, Nasjonal kompetansetjeneste for amming og i faglitteraturen (115).

Informasjon til gravide og barselkvinner: *Hvordan du ammer ditt barn* (116). www.helsenorge.no, Matportalen og Ammehjelpen.

6.4 Erstatning for morsmelk

Omkring ti prosent av spedbarn blir ernært via flaske med erstatning for morsmelk tre måneder etter fødselen. Enkelte barn får utpumpet morsmelk. Noen får morsmelkerstatning, og noen får en kombinasjon av morsmelkerstatning og morsmelk. Det er en liten andel kvinner som ikke kan eller bør amme, anslagsvis én til to prosent, og noen som ikke ønsker å amme.

En egen forskrift om morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger regulerer merking, markedsføring og reklame beregnet på forbrukerne (23;24). En WHO-kode er delvis ivarettatt gjennom forskriften. Det er utarbeidet retningslinjer for helsepersonell, og det er ikke tillatt å reklamere for produktene til offentligheten eller dele ut informasjon om produktene eller vareprøver. Merkingen skal ikke gi inntrykk av at morsmelkerstatning er bedre enn ernæring med morsmelk. Informasjon om WHO-koden: www.ibfan.org.

I forskriften stilles det detaljerte krav til sammensetning og fremstilling av erstatning av morsmelk og tilskuddsblandinger (23). Forskriften regulerer produsentenes ansvar for å gi informasjon til forbrukeren om tilberedning, oppbevaring og håndtering av morsmelkerstatning. Bruksanvisningen skal ifølge forskriften være utformet slik at produktet er helsemessig trygt og ernæringsmessig tilfredsstillende når det inntas. Spesialutviklet morsmelkerstatning kan i samråd med barnelege gis ved særlig risiko for allergi.

6.4.1 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 flaskemating. 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.

Det er lite forskningsbasert kunnskap om tilberedning av morsmelkerstatning og flaskemating av friske barn født til termin. De rådene som gis, er basert på hygieniske prinsipper, klinisk og praktisk erfaring. Tilstrekkelig rengjøring av smokker og flasker samt tilberedningen har betydning for å forebygge infeksjoner hos barnet. Morsmelkerstatning skal blandes bare for ett måltid av gangen på grunn av risikoen for bakterievekst. Mer informasjon om tilberedning og generelt om morsmelkerstatning finnes på hjemmesidene til Mattilsynet (117).

Barnets appetitt kan variere med hensyn til mengde, hyppighet og antall måltider (115). Flaske-måltidet bør vare lenge nok til at barnet får dekket sitt sugebehov, anslagsvis 20 minutter. Størrelsen på åpningene i flaske-smokkene bør tilpasses med tanke på dette. Barn som får flaske, kan også mates etter behov (selvregulering) i stedet for faste tidspunkter. Forskning tyder på at barn ernært med morsmelkerstatning har økt risiko for overvekt både som spedbarn og senere (118-120). Én av flere mulige årsaker kan være at barnet har vanskeligere for å regulere inntaket selv ved flaskemating.

Råd ved bruk av flaske:

- Overleppen stimuleres varsomt med smokken.
- Flaske-smokken føres inn i munnen først når barnet gaper.
- Så snart barnet viser tegn til å avvise flasken, det vil si det vender hodet til siden, spriker med fingrene og har problemer med å svelge unna, vris flasken så vakuum oppheves, før smokken tas ut av munnen så barnet får pauser, som ved brysternæring.
- I sugepausene bør flaske-smokken berøre barnets overleppe lett, som tegn på at maten er tilgjengelig, til barnet igjen gaper, som tegn på at det er klart.

Foreldrene bør få informasjon om å være oppmerksom på barnets signaler. Barnet bør ha kropps-kontakt med en voksen under matingen, om mulig hudkontakt, og ligge slik at det ser ansiktet til den som gir flasken.

6.5 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 WHO's vekststandard for barn i alderen 0-5 år.

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

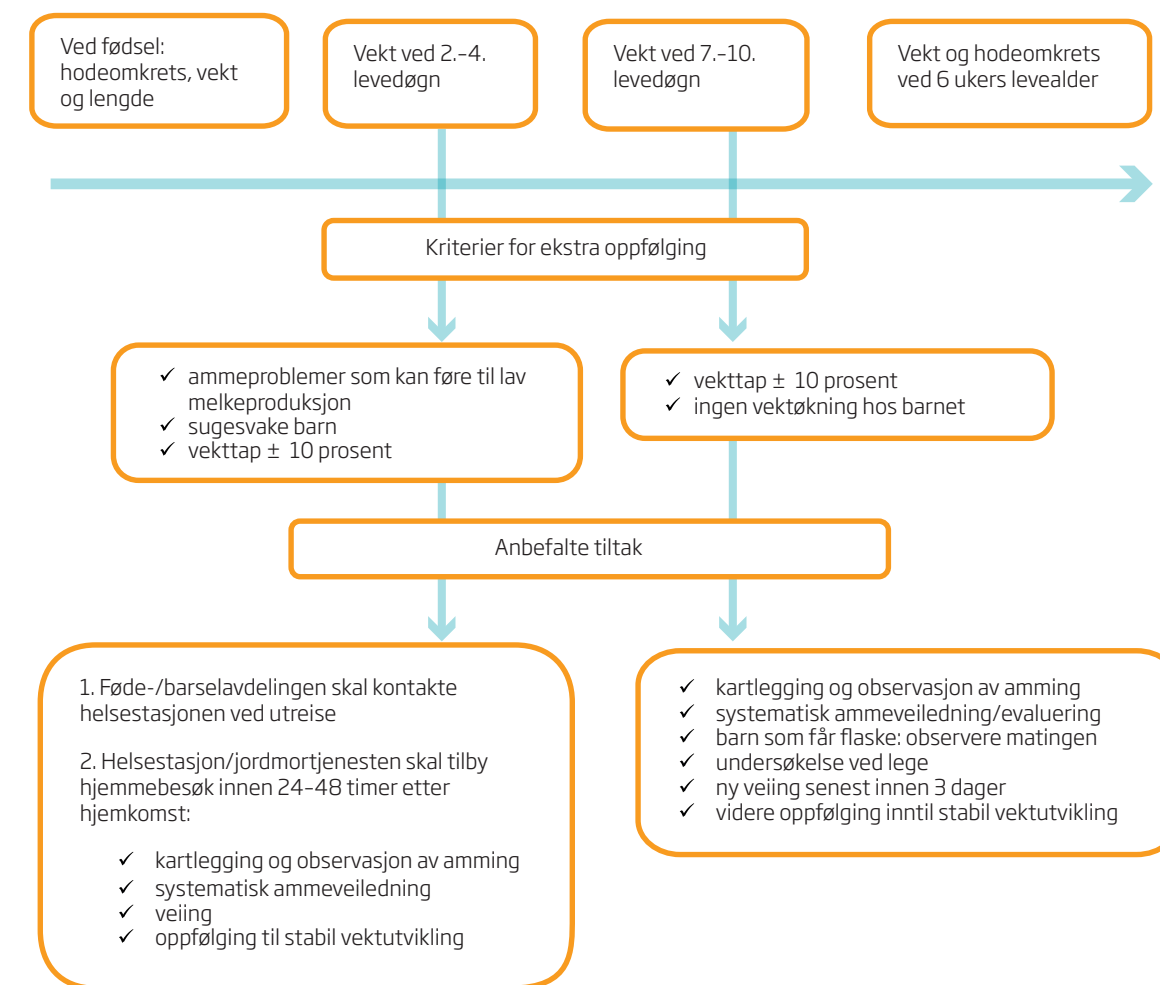
Vekt nedgang på inntil 10 prosent hos friske, fullbårne barn i løpet av første leveuke er normalt. Fødselsvekten vil hos de fleste barn født til termin være nådd igjen i løpet av fire-sju dager. Dårlig sugeevne, sykdom, dårlig trivsel eller utilstrekkelige medfødte energireserver kan være årsak til vekttap utover det som regnes som fysiologisk normalt. Særlig stort vekttap etter fødselen og for sen innhenting av fødselsvekten kan føre til dehydrering og utvikling av gulsott.

Studier viser at enkelte nyfødte barn er utsatt for forsinket ammestart og sen innhenting av fødselsvekten. Det kan gjelde barn av førstegangsfødende, barn med høy fødselsvekt, barn forløst med keisersnitt eller etter langvarig fødsel eller barn med lav apgarskår ved fødsel (113). Overvektige mødre kan ha økt risiko for forsinket melkeproduksjon og ammeproblemer. En del barn bruker lengre tid enn vanlig på å klare å die effektivt. Mødre har behov for ekstra støtte og hjelp til å mestre ammingen av barn som fremstår som søvnige eller slappe, er svake til å suge eller trenger hyppige måltider på grunn av langsom vektøkning.

Retningslinjen om veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefaler vektkontroll 2.-4. levedøgn og 7.-10 levedøgn av alle friske, fullbårne barn (121). Ved påvist vekt nedgang ≥ 10 prosent er det foreslått tiltak som omfatter observasjon av amming / matesituasjon, eventuelt korreksjon og veiledning, samt hyppig og intensiv amming før ny vektkontroll.

Det opprinnelige skjemaet er endret fra en anbefalt grense på 48 timer for helsestasjonen for å ta kontakt med mor og barn til en anbefalt grense på 24-48 timer etter hjemreise.

Figur 1: Flyttdiagram for oppfølging av vekttap hos friske, fullbårne barn



Dersom intensivert amming ikke fører til vektøkning, bør det vurderes å bruke morsmelkerstatning. Se kapittel 14.1, *Medisinske kriterier for bruk av tillegg til mors egen melk* (111). Mer informasjon finnes på hjemmesidene til Nasjonal kompetansetjeneste for amming.

Effekten av rutinemessig, hyppig veiing i nyfødtp perioden er ikke dokumentert. Klinisk erfaring og retningslinjer støtter systematisk veiing som et nyttig tiltak for å kartlegge barn som ikke har en tilfredsstillende vektutvikling (26;122). Utover dette må det gjøres individuelle vurderinger når det påvises vekt nedgang, langsom vektøkning eller dårlig allmenntilstand hos barnet.

6.6 Risikogrupper - nyfødte

Enkelte nyfødte har behov for mer behandling og observasjon enn andre. Følgende risikogrupper omfattes ikke av denne retningslinjen: premature under 37 ukers svangerskapsvarighet, barn av mødre med alle typer diabetes, store barn over 4500 g, vekstretarderte barn med vekt $< 2,5$ -prosentilen, barn med vekt under 2500 g, dysmature barn med lite subkutant fett og andre med for eksempel lav apgarskår, tilpasningsforstyrrelser og vekttap ≥ 10 prosent.

Nyfødte barn i disse gruppene kan være særlig utsatt for lavt blodsukker og/eller utilfredsstillende vektutvikling. Det er utarbeidet kriterier for hvordan disse barna skal følges opp med tanke på ernæring (110;111). Barn av kvinner med depressive symptomer har økt risiko for problemer med mating og svak vektøkning (123). Dette gjelder både barn som får morsmelkerstatning og morsmelk. Mor og barn bør få grundig oppfølging.

6.7 Mors sinnsstemning - ammeproblemer

Kvinner som har fått påvist depressive symptomer under svangerskapet og/eller rett etter fødselen, har en økt risiko for å oppleve ammeproblemer (103;124). Det er kjent at amming har en stemningshevende effekt (99-101). Nivået av hormonet betaendorfin øker under amming, og hormonet oksytosin passerer blod-hjerne-barrieren og bidrar til å dempe angst og bekymring (99). Hormonet kortisol, puls og blodtrykk er lavere hos ammende kvinner enn hos ikke-ammende.

I en systematisk oversikt har man vurdert sammenhengen mellom spedbarnsernæring og depresjon etter fødselen (Dennis, 2009) (71). Oversikten inkluderte 49 studier (N = 22-14 609). Den har vist at det er sammenheng mellom flaskemating og et høyere nivå av depressive symptomer, mens mødre som ammer, har færre slike symptomer. Utover de gunstige fysiologiske prosessene nevnt over og opplevelsen av å lykkes var det ikke påvist sikkert hva som er årsaken til dette. I oversikten ble det rapportert at kvinner med depressive symptomer hadde mindre tro på at de skal få til ammingen, opplevde flere ammeproblemer og bekymringer og avsluttet ammingen tidligere. Det var også funn som tydet på at det er mindre sannsynlig at disse kvinnene vil starte med amming og fullamme. Her er det behov for flere studier for å bekrefte dette. Oversikten støttet behovet for tidlig identifi-sering, diagnostisering og behandling for kvinner med depressive symptomer og klinisk depresjon.

En svakhet ved oversikten var upresise definisjoner med hensyn til graden av amming, og depresjon etter fødselen omfatter både selvrapporterte depressive symptomer og klinisk diagnose. Metodologiske begrensninger gjør det vanskelig å trekke slutninger, og det er behov for flere og større studier av god kvalitet. Det er fortsatt lite kunnskap om hva som er effektive tiltak utover intensiv og fleksibel støtte i barselperioden (53). Kvinners ønsker med hensyn til amming/spedbarnsernæring bør avklares, og det bør tilbys tilpasset veiledning.

I noen kvalitative studier, med dybdeintervjuer, har man undersøkt personers og gruppers erfaring, opplevelse og forståelse av depresjon og amming (125-128). Studiene har metodologiske begrensninger: Det er små utvalg med selvselekterte deltagere, hvorav de fleste er kvinner som har født sitt første barn. Intervjuene viste at det er sammensatte faktorer som ligger til grunn for hvordan noen kvinner opplever at ammingen ikke fungerer. Kvinner i studiene hadde kunnskap om at morsmelk er den beste ernæringen for barnet, og ønsket derfor å amme. Det ble rapportert at kvinnene følte seg presset av sine egne, andres og samfunnets forventninger om å fortsette ammingen tross problemer. Noen av kvinnene som ble intervjuet, opplevde å få utilstrekkelig hjelp. Tilgjengelig fagkompetanse kan variere i tjenestene. Enkelte kvinner kan oppleve at terskelen for å søke hjelp er høy.

6.8 Tilknytning til barnet og veiledning fra helsepersonell

Kvinner og nyfødte som tilhører grupper med en mulig økt risiko for komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel, bør så sant det er mulig bli identifisert under graviditeten. Da kan barsel-omsorgen forebygge tilleggsproblemer og fremme en positiv tilknytning og samspill mellom barnet og foreldrene ved en mer tilrettelagt og individuell oppfølging. Se kapittel 4, *Pasientforløp - helhetlig omsorg*, kapittel 5.9, *Familier i en sårbar og utsatt livssituasjon*, kapittel 6.3, *Tilrettelegging for amming* og kapittel 6.6, *Risikogrupper - nyfødte*.

Svangerskapsomsorgen skal tilby praktisk og teoretisk informasjon om amming (39;50). Amming er en ferdighet som de aller fleste kan lære. Gjennom kyndig veiledning og praktisk hjelp i starten kan mor og barn opparbeide ferdigheter og god teknikk for å forebygge problemer med ammingen og bidra til en positiv tilknytning til barnet. Tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene kan bidra til at kvinnen og partneren opplever egen mestring. Se kapittel 5.2, *Tidlig kroppskontakt med barnet* og kapittel 5.3, *Støtte til kvinner som ammer*.

Påviste gunstige tiltak overfor risikogrupper for å forebygge depresjon er en individuell, intensiv støtte i barseltiden og fleksibel barselomsorg fra jordmor og helsesøster (53). En omsorg som er mindre rutinebasert med tiltak rettet mot reelle behov, ser ut til å være mer gunstig enn gruppebaserte, generelle tiltak. Se kapittel 5.8, *Psykososial og psykologisk støtte*.

For barselkvinner som strever og er bekymret, er en respektfull støtte fra helsepersonell og partner viktig (129). Støtte innebærer å være lydhør for kvinnens ønsker og formidle kunnskap og ferdigheter, slik at hun har et reelt valg om hun vil fortsette eller avslutte ammingen. I veiledningen bør helsepersonell legge vekt på hvordan foreldrene kan fremme nærhet, kroppskontakt og ro i spisesituasjonen, både når det gjelder amming og flaskemating. I de første leveukene skjer mye av samspillet med barnet i forbindelse med mating. Spedbarn får mellom åtte og tolv måltider i døgnet. Det er viktig at både mor og barn opplever dette som gode situasjoner. Kunnskap som bør formidles til foreldre, er at hormonet oksytosin fremmer tilknytning mellom foreldrene og barnet ved hudkontakt, lukt, smak, hørsel og synsinntrykk (130).

Fravær av tilstrekkelig fagkompetanse om amming og psykisk helse kan bidra til at kvinner unødig må oppgi noe som de ønsker å gjennomføre av hensyn til barnet. Barselkvinner er sårbare, og barselkvinner med depressive symptomer har behov for ekstra sosial og emosjonell støtte (128). Amme-problemer kan gå utover trivsel og velvære og utgjøre en tilleggsbelastning i en ellers krevende situasjon for barselkvinner med depressive symptomer (103;124;128).

Helsepersonell bør ha tilstrekkelig kompetanse om hvordan ammingen avsluttes dersom det er vurdert som det beste for mor og barn. Se kapittel 6.8, *Undertrykking/hemming av melkeproduksjonen*. Mødre som ammer delvis eller gir morsmelkerstatning, trenger støtte og veiledning, slik at spedbarnet sikres en god ernæring. Se kapittel 6.4, *Erstatning for morsmelk* kapittel 6.4.1, *Praktiske råd om flaskemating*. Kvinner som velger å avslutte ammingen, har behov for oppfølging for å sikre en god avslutning. Konsekvensene av ikke å amme må avdramatiseres for foreldre som av ulike grunner gir flaske (43).

6.9 Amming ved sykdom

Selv om morsmelk er den beste spedbarnsernæring og spesielt viktig for premature og syke nyfødte, er det i noen få tilfeller kontraindisert å amme (111;131-133). Mødre med hepatitt B og C og mødre i legemiddelassistert rehabilitering anbefales å amme:

Mødre med hepatitt B

Anbefales å amme sine barn (133; 134). Barnet skal vaksineres mot hepatitt B på føde-/barselavdelingen etter gjeldende retningslinjer, se kapittel 9.1, *Forebygging av hepatitt B*. Såre brystknopper og andre sår bør forebygges.

Mødre med hepatitt C	Anbefales å amme sine barn. Det er ikke dokumentert at amming gir økt risiko for hepatitt C-smitte til barnet (133;135). Dersom kvinnen har såre, blødende brystknopper, anbefales det at hun tar en pause i ammingen, og at hun pumper og kaster melken til sårene ikke lenger blør.
Mødre i legemiddellassistert rehabilitering (LAR)	Anbefales å amme sine barn. Det gjelder kvinner som er medisinert med metadon eller brupenorfin. Utfyllende informasjon i <i>Nasjonale retningslinje for gravide i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene til barnet når skolealder (76)</i> .

6.10 Tilstander hvor amming kan være kontraindisert

6.10.1 Tilstander hos barnet hvor morsmelk ikke eller bare delvis tilrådes

Galaktosemi Maple syrup urine disease	Ingen morsmelk.
Fenylketonuri	Delvis amming. Hvert måltid startes med fenylalanin-fri morsmelkerstatning. Deretter fri amming.
I noen sjeldne tilfeller av økt bilirubinnhold i blodet	Kan være indisert med en dags ammepause. Det skal iverksettes etter individuell vurdering av lege.

6.10.2 Tilstander hos mor hvor amming ikke anbefales

Aktiv ubehandlet tuberkulose	Etter minst to ukers behandling og prøver som dokumenterer at moren er smittefri, kan amming gjenopptas. Tuberkulose smitter ikke via melk, men via spytt.
Humant immunsviktivirus (hiv)	I Norge og andre høyinntektsland frarådes hivpositive mødre å amme. Hivviruset kan smitte via morsmelk. I lavinntektsland får mødre med kjent hiv råd om fullamming i seks måneder. Mor og barn bør behandles med antiretrovirale legemidler. Morsmelk er særlig viktig for barn i lavinntektsland hvor total sykkelighet og dødelighet reduseres betydelig ved amming, selv om noen vil bli hivsmittet via morsmelken (131;132).
Humant T-lymfotropt virus (HTLV) type 1 eller type 2 eller ubehandlet brucellose	Skal ikke amme.
Aktive herpes simplex-lesjoner på brystet	Skal ikke amme fra det aktuelle brystet på grunn av smittefare ved direkte kontakt mellom barnets munn og lesjonene. Barnet kan få utpumpet melk fra moren.
H1N1-influensa	Nyfødt isoleres fra syk mor til hun er feberfri. Utpumpet melk fra moren kan gis i isolasjonsperioden.

Noen få legemidler er kontraindisert ved amming. Ved spørsmål om amming er forsvarlig dersom det ikke foreligger absolutte kontraindikasjoner, må det gjøres en individuell vurdering hvor ammingens fordeler veies opp mot mulig risiko.

6.11 Undertrykking/hemming av melkeproduksjonen

Enkelte ganger kan det være indisert å hindre melkeproduksjonen, for eksempel når amming er kontraindisert, når det har forekommet dødfødsel, eller dersom kvinnen ikke kan eller vil amme (136).

Laktasjon hemmes ved økt trykk i brystet. Dette kan forsterkes ved såkalt oppbinding, noe som gir et ytre trykk mot brystet. Stimulering, for eksempel ved at barnet dier, bør unngås. Ubehagelig brystspreg opphører etter et par dager og kan lindres med paracetamol og ikke-steroid anti-inflammatorisk middel (NSAID). Laktasjonen kan også hemmes med legemiddelet kabergolin, helst gitt innen 24 timer etter fødselen. Bromokriptin bør ikke brukes. Kabergolin reduserer produksjonen av prolaktin, et nødvendig hormon for melkeproduksjonen. Raskt fallende prolaktinnivå kan øke de depressive symptomene. Legemiddelet er kontraindisert hos kvinner med preeklampsi og hos kvinner med risiko for barselpsykose (137). Hos disse kvinnene bør laktasjonen hemmes på fysiologisk måte.

Selv etter inntak av kabergolin vil mange produsere litt melk initialt og/eller oppleve noe melkeproduksjon når effekten av kabergolin forsvinner etter cirka fire uker (137). Det er viktig at kvinnens beslutning om å hindre melkeproduksjonen med legemiddel er veloverveid og tas etter veiledning. Medikamentet har svært lang halveringstid. Noen angrer beslutningen. Det er omdiskutert om barnet da kan få den melken som kommer etter at moren har tatt kabergolin. Det foreslås i disse tilfellene å ta kontakt med Nasjonal kompetansetjeneste for amming for individuell vurdering.

6.12 Legemiddelbruk og amming

Om lag 80 prosent av barselkvinner bruker minst ett legemiddel (138). De aller fleste legemidler overføres i liten grad til morsmelken og er forenlige med amming (139). Nivået av legemiddelet i morsmelken, legemiddelbehandlingens varighet og barnets alder har betydning for eventuelle bivirkninger. Generelt sett er risikoen for bivirkninger hos barnet liten. Premature og barn under to-tre måneders alder eliminerer legemidler langsommere enn større barn, derfor rapporteres det flere bivirkninger hos disse barna. Ved nødvendig legemiddelbruk skal det gjennomføres en vurdering av hvert enkelt legemiddel, hvor det også tas hensyn til barnets modenhet og helsetilstand. Vurderingen skal veie de dokumenterte positive helseeffektene av amming/morsmelk hos mor/barn opp mot mulige farmakologiske effekter hos barnet og risikoen ved eventuell ubehandlet sykdom hos mor.

Når nivået av legemiddelet synker i mors blod, vil det tilsvarende synke i melken i morens bryst. Bare noen få legemidler er kontraindisert ved amming. Pumping og kasting av melken er derfor sjelden nødvendig, unntatt for å avhjelpe melkespreg. Når man bruker legemidler som kan ha en uheldig farmakologisk effekt hos barnet, kan man justere tidspunktet for amming etter inntaket av legemiddelet. For å kunne gi gode råd om dette er kunnskap om legemiddelets halveringstid viktig. Man kan også vurdere delvis amming i flere tilfeller. Noen ganger vil man kunne bytte fra et legemiddel til et annet som er mer forenlig med amming.

Når det gjelder naturmidler, mangler det dokumentasjon på virkninger og bivirkninger. På denne bakgrunn bør kvinner som ammer, rådes til å være tilbakeholdne med å benytte slike preparater.

Når det gjelder kvinner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), henvises det til retningslinjen som omhandler disse kvinnene (76). Veileder for forskrivning av vanedannende legemidler (IK-2755) blir i løpet av 2013 revidert av Helsedirektoratet. Amming ved bruk av vanedannende legemidler vil bli omtalt her. En nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose (IS-1957) vil bli publisert i løpet av 2013. Her vil det også bli beskrevet legemidler til behandling av gravide og ammende.

Informasjon om legemidler og amming

Norske legemiddelhåndbok – kapittel G8 Amming og legemidler for generell informasjon om dosering, bivirkninger, forsiktighetsregler og kontraindikasjoner. Kapittelet inneholder en tabell med oppsummering av foreliggende dokumentasjon for hvert enkelt legemiddel (140).

RELIS – regionale legemiddelinformasjonsentre: informasjon om de fleste legemidlers sikkerhet ved bruk hos gravide og ammende. Det kan gjøres søk på legemiddelets navn og amming. Dersom et preparat mangler en vurdering, kan helsepersonell kontakte RELIS.

Nasjonal kompetansetjeneste for amming kan kontaktes av helsepersonell for spørsmål og vurderinger.

Allmennheten kan stille spørsmål om legemidler i svangerskapet og ammeperioden på www.tryggmammamedisin.no.

Boken *Medications and Mothers' Milk* av Hale TW omtaler studier, oppsummerer evidens, gir balanserte avveininger og foreslår alternativer (141).

Felleskatalogen er produsentenes egne preparatomtaler (137).

7 Screening og undersøkelser av nyfødte

I dette kapittelet beskrives undersøkelse av nyfødte, nyfødtscreening, vitamin K-profylakse, informasjon om barnets sovestilling, pulsoksymetri og hørselscreening. Alle tiltak er et tilbud og utføres etter samtykke fra barnets foreldre/foresatte. Erfaringen er at foreldrene trenger konkret informasjon om hva som er normalt for et nyfødt barn for å unngå unødig bekymring og engstelse. For enkelte barn med medfødt sykdom har tidlig diagnose stor betydning, for andre kan det være nyttig å få avklart mindre variasjoner som ikke vil få betydning for barnet i fremtiden. Når det gjelder informasjon om behandling av de vanligste sykdommene hos barn, henvises det til *Generell veileder i pediatri* (142).

Kommunikasjonen med foreldrene omfatter informasjon om hva som kjennetegner et spedbarn med god helse: at barnet har normal hudfarge tilsvarende sin etnisitet, stabil temperatur, jevnlig urin og avføring, og at det selv tar initiativ til å die og suger tilfredsstillende på bryst eller flaske. En frisk nyfødt skal ikke være irritabel, utrøstelig eller slapp/apatisk.

Noen nyfødte barn kan være utsatt for mangelfull sikring eller fysisk vold på grunn av foreldrenes manglende omsorgsevne. Spedbarn er svært sårbare, spesielt når det gjelder utvikling av hjernen. Det gjør at mangelfull sikring eller utøvelse av vold kan gi livsvarige skader.

7.1 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.

Ved normale vaginale fødsler observeres og undersøkes nyfødte umiddelbart av jordmor. Dersom lege er til stede ved fødselen, gjør legen en vurdering av barnet og snakker med foreldrene. Ved tegn på sykdom og synlige misdannelser vil barnet bli undersøkt av lege. De aller fleste nyfødte som fødes til termin etter et normalt svangerskap, er friske. Vanlig praksis er at nyfødte får en standardisert legeundersøkelse i løpet av første-tredje levedøgn. Hos cirka 20 prosent av friske nyfødte kan en finne mindre avvik i forbindelse med undersøkelsen (143). Mer alvorlige misdannelser ses hos én-to prosent av alle nyfødte. Ved usikre funn gjennomføres en tilleggsundersøkelse.

En beskrivelse av en generell nyfødtundersøkelse finnes i Metodebok i nyfødtmedisin 2012 (144).

Før undersøkelsen bør legen innhente informasjon fra kvinnens svangerskaps- og fødejournal. I forbindelse med undersøkelsen vektlegges en god dialog med foreldrene med tid til spørsmål eller bekymringer om barnet. Mange foreldre har spørsmål om barnet, og undersøkelsen bør planlegges med tilstrekkelig tid til samtale med foreldrene. I forbindelse med undersøkelsen bør det vurderes om det er behov for ekstra informasjon/støtte til foreldre ved utreise.

Siden utfallsmålene vil være uklare, mangler det studier som har belyst effekten av godt gjennomførte nyfødtundersøkelser. Det mangler også kunnskapsbasert dokumentasjon om nytteverdien av nyfødtundersøkelsen, men det er faglig enighet om at den er nødvendig og nyttig.

7.1.1 Hofteundersøkelse

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

Dokumentasjon: Meget lav - moderat kvalitet. Sterk anbefaling.

Hoftene undersøkes klinisk i forbindelse med undersøkelsen av nyfødte for å diagnostisere umodne eller ustabile hofteledd. Diagnostikk og behandling er viktig for å forebygge senere utvikling av hofteledds dysplasi. Forekomst av hofteledds dysplasi er beregnet til 3-5/1000 nyfødte. Ved undersøkelsen blir det funnet ustabile hofter hos 5/100 nyfødte. Noen barn blir født med lite utviklede hofteskåler, noe som medfører at leddhodet kan gli ut av hofteskålen helt eller delvis (145). Ustabile hofter ses hyppigere hos jenter og har sammenheng med etnisk bakgrunn.

Ultralydundersøkelse er et supplement til klinisk hofteundersøkelse, og denne undersøkelsen benyttes dersom det er påvist familiedisposisjon, seteleie, misdannelser i bena eller usikre funn ved klinisk undersøkelse.

I en systematisk oversikt (Shorter, 2011) var det inkludert fem studier, og man vurderte effekten av ulike screeningmetoder for å oppdage umodne eller ustabile hofteledd (146). Den systematiske oversikten viser at ultralydscreening av alle nyfødte fører til at flere barn blir behandlet. Ultralydundersøkelse av alle nyfødte sammenlignet med ultralydundersøkelse av barn med økt risiko har i oversikten ikke vist signifikant effekt på forekomst av sent diagnostisert hofteledds dysplasi. Forekomsten av sent diagnostisert hofteledds dysplasi er imidlertid svært lav i populasjoner med god klinisk praksis. Man kan ikke utelukke at ultralydundersøkelse av alle nyfødte muligens kan ha større effekt i populasjoner med dårlig klinisk praksis.

Det har manglet en metode for å avdekke barn med ustabile hofter som senere utvikler steile hofteskåler med mulighet for dislokasjon. På denne bakgrunn har det vært vanlig praksis å behandle alle ustabile hofter med Frejkas pute. Effekten av putebehandling har aldri vært vurdert i randomiserte kontrollerte studier.

7.2 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.

Fra 2012 er det innført tilbud til nyfødte om screening av 23 sykdommer (147;148). De fleste er stoffskiftesykdommer (metabolske sykdommer). Tidlig oppdagelse av sykdommene gir mulighet for behandling med godt resultat. Årlig vil det sannsynligvis bli oppdaget 50-60 sykdomstilfeller ved

screeningen. Antall barn som må testes på nytt for bekreftende diagnostikk, men som likevel ikke har tilstanden det undersøkes for, vil totalt ligge i området én-to falske positive resultater for hvert sant tilfelle.

Helseforetakene har utarbeidet rutiner for å gi foreldre/foresatte informasjon og innhente samtykke til undersøkelsen. Undersøkelsen er frivillig. Foreldrene må samtykke til at blodprøven og personopplysningene kan brukes i forbindelse med kvalitetsoppfølging og utvikling av screeningprogrammet. De kan videre reservere seg mot oppbevaring av og forskning på det biologiske materialet. Dokumentasjon av prøvetakingen noteres i mors/barnets journal. Når foreldre ikke ønsker screening av barnet, noteres dette i kommentarfeltet på skjemaet som sendes til Nyfødtsscreeningen med morens navn og opplysninger om barnet. Behandling av disse helseopplysningene krever også samtykke (149).

Mer informasjon: Nyfødtsscreeningen. Nasjonal behandlingstjeneste for screening av nyfødte.

7.3 Hørselscreening

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

Dokumentasjon: Nasjonal retningslinje. Sterk anbefaling.

Forekomst av hørseltap er 1-2/1000 nyfødte (150). Målet med screeningen er å oppdage døve og alvorlig tunghørte så tidlig som mulig for å iverksette habilitering og behandling med best mulig resultat. En vellykket habilitering består av audiologiske tiltak som høreapparattilpasning og eventuelt senere sneglehusimplantat (kokleaimplantat). Habilitering bør iverksettes senest ved seks måneders alder (151). Om lag 15 prosent av barna som er døve eller alvorlig tunghørte, vil ha behov for kirurgisk audiologi (152). Forutsatt at det ikke foreligger medisinske kontraindikasjoner og at man opererer tidlig på begge ører, kan et sneglehusimplantat bidra til at et egentlig døvt barn kan fungere som om det var tunghørt. Talespråkforståelsen og -produksjonen blir bedre når man benytter oral kommunikasjon enn når man benytter total kommunikasjon (119;120). Dersom sneglehusimplantat settes inn tidlig, oppnår man at majoriteten av døve barn går på skole i sitt nærmiljø (153).

Kunnskapsgrunnlaget for innføring av hørselscreening i 2008 er basert på erfaring fra andre land (151;152;154-156). Screening ble lagt til helseforetakene. Mer informasjon: *Nasjonal faglig retningslinje for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn*. IS 1235 (151).

7.4 Pulsoksymetri

Det anbefales å gjennomføre pulsoksymetri når det nyfødte barnet er \geq 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.

Pulsoksymetri er en enkel måte å måle oksygenmetningen i arterielt blod på. Hensikten med undersøkelsen er å diagnostisere nyfødte med kritisk hjertefeil før hjemreise. Flertallet av nyfødte med kritisk hjertefeil er duktusavhengig og blir kritisk syk når duktus lukker seg. Duktusavhengig hjertefeil utvikler seg raskt og har høy dødelighet når tilstanden ikke er diagnostisert. Medfødt hjertefeil forekommer hos cirka 12/1000 levende fødte, og cirka 3 av disse har lav oksygenmetning eller duktusavhengig hjertefeil som trenger tidlig behandling (157).

Pulsoksymetri målt både på høyre hånd og en fot (pre- og postduktalt) kan avdekke mild hypoksi som ikke gir synlig lav oksygenmetning (158).

I en systematisk oversikt (Thangaratinam, 2012) vurderte man bruken av pulsoksymetri hos nyfødte (N=229 421) for å påvise alvorlig hjertefeil (159). Oversikten viste at undersøkelsen har en sensitivitet på 76,5 prosent og en spesifisitet på 99,9 prosent. Falske positive resultater som medførte en ekstra, unødvendig undersøkelse med ekkokardiografi, var 0,14 prosent. Forfatterne av oversikten konkluderte med at pulsoksymetri fylte kriteriene for screening.

Det mangler randomiserte kontrollerte studier som sammenligner utfall med og uten bruk av pulsoksymetri. I en svensk studie har man imidlertid sammenlignet geografisk definerte områder som hadde tilbudet, med områder som ikke tilbød undersøkelsen (160). I undersøkelsen (N = 39 821) fant man at ingen spebarn døde på grunn av duktusavhengig hjertefeil i områder hvor det var et tilbud om oksymetri, mens fem barn døde der pulsoksymetri ikke ble utført (30 prosent udiagnostiserte).

Fagmiljøene har gradvis innført undersøkelsen i de fleste fødeavdelingene i Norge. Internasjonale fagmiljøer anbefaler bruk av pulsoksymetri (158;161). Kunnskapsgrunnlaget er vurdert som tilstrekkelig til å anbefale pulsoksymetri av nyfødte. Metoden er vurdert som en trygg og enkel test med lav kostnad. Testen kan avdekke kritisk medfødt hjertefeil som ikke er diagnostisert før fødselen eller ved den kliniske undersøkelsen av barnet etter fødselen.

Det anbefales å utføre undersøkelsen senere enn det som er vanlig i Norge (162). Det fører til færre falske positive resultater. Det er vanlig praksis kun å måle postduktalt, mens nå anbefales det både pre- og postduktalt for å få avdekket duktusavhengige hjertefeil (158). Praktiske årsaker, som tidlig hjemreise, kan gjøre at en allikevel velger å gjøre undersøkelsen tidligere.

7.5 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.

Nyfødte har et lavt nivå av vitamin K. Nivået normaliserer seg når barnet er seks uker gammelt. Vitamin K overføres i liten utstrekning til fosteret. Derfor er det vurdert som unyttig å gi tilskudd av vitamin K til mor før fødselen. Mangel på vitaminet kan medføre blødningssykdom hos nyfødte, noe som kan oppstå på tre forskjellige tidspunkt: 1) tidlig type, første levedøgn, 2) klassisk type: 1.-7. levedøgn, oppstår som blødninger fra munn, navle, rektum eller etter omskjæring, 3) sen type: 2.-12. uke, oftest hos nyfødte som får morsmelk. Vel halvparten av blødningene er intrakranielle blødninger.

En systematisk oversikt har vist at blødningssykdom av klassisk type kan forebygges (Puckett, 2009) (N=3338) (163). Oversikten inkluderte 11 randomiserte studier hvor man sammenlignet vitamin K gitt intramuskulært med dose gitt oralt. Utfallsmålene var koagulasjonsstatus og verdier av vitamin K i blodet. Studiene manglet blødninger som effektmål.

Den systematiske oversikten viste at profylaktisk vitamin K gitt intramuskulært trolig gav færre tilfeller av blødninger som skyldes vitamin K-mangel hos nyfødte. En intramuskulær dose vitamin K umiddelbart etter fødselen fører trolig til en 27 prosent redusert risiko for å utvikle blødningssykdom og bedret koagulasjonsstatus hos nyfødte.

Vitamin K for å forebygge blødningssykdom har vært praksis i mer enn 50 år. Det er foreslått tilførsel gjennom munnen i stedet for intramuskulær injeksjon. Enkelte påbegynte studier har vist en økning av blødninger hos nyfødte ved tilførsel gjennom munnen (164). Årsaken kan være at tilførsel gjennom munnen krever medisinerings over tid for å oppnå effekt. Dette kan øke risikoen for ufullstendig medisinerings og dermed økt blødningsrisiko. Det er ikke funnet studier om hva som er den mest effektive tilførsel av legemiddelet, vitamin K gitt oralt eller intramuskulært.

7.6 Forebygging av krybbedød

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

Dokumentasjon: Epidemiologisk forskning. Sterk anbefaling.

På 1980-tallet var det en epidemi av krybbedød i Norge. Forekomsten var på det høyeste i 1989 med 145 døde barn. Etter år 2000 er det mellom 15 og 25 tilfeller av krybbedødsfall i året. Selv om krybbedødstallene er lave i dag, utgjør krybbedød i underkant av 50 prosent av barnedødsfall opp til tre år. Nedgangen i krybbedød (85 prosent) skyldes forebygging av kjente risikofaktorer som sovestilling, røyking og påkledning.

Årsaken til krybbedød er fortsatt ikke kartlagt fullt ut, men dersom man følger rådene om sovestilling, unngår røyking, unngår for varmt sovemiljø, unngår å tildekke barnets hode og ammer / gir barnet morsmelk om mulig, vil risikoen for krybbedød reduseres betydelig (165-167). Hovedbudskapet til foreldre er å la barnet sove i egen seng på foreldrenes soverom eller sørge for forsvarlig samsoving (168). Dersom mor har røykt under svangerskapet eller mor/partner røyker etter fødselen, bør man unngå samsoving. Trenden med å dekke barnevognåpningen med tepper frarådes (169).

Regelmessig bruk av smokk når man legger barnet til å sove, kan virke forebyggende, men det anbefales å vente med å gi smokk til ammingen er etablert (50). Det er samtidig viktig å informere om at nyfødte gjerne bør ligge noe på magen når barnet er våkent. Det bidrar positivt til den motoriske tidligutviklingen og reduserer risiko for hodeasymmetri. Det er bare under søvn at barnet bør ligge på ryggen. Mer bakgrunnsinformasjon finnes i referansene og på www.lub.no (170;171).

8 Kliniske tilstander hos nyfødte

I dette kapittelet beskrives komplikasjoner som kan oppstå hos nyfødte i barseltiden. Enkelte komplikasjoner er relativt vanlige, for eksempel fysiologisk gulsott, mens andre er svært sjeldne. Retningslinjen for barselomsorgen omhandler ikke behandling av patologiske tilstander. Mer informasjon om behandling av infeksjonssykdommer og andre sykdommer hos spedbarn finnes i *Veileder i akutt pediatri* og *Generell veileder i pediatri* utarbeidet av Norsk barnelegeforening, lokale metodebøker og fagprosedyrer (142;144;172;173).

Helsepersonell i barselomsorgen må være kjent med symptomer som kan oppstå for å forebygge skade og sykdom. Følgende symptomer kan være tegn på sykdom:

- respirasjon > 60 når barnet er rolig og mer enn to timer gammelt
- unormal hudfarge
 - blålig farge på hud og slimhinner (cyanose) og ører, nese, leppe, fingre og tær
 - gulsott første levedøgn
 - grålig hudfarge med nedsatt perifer sirkulasjon
- nedsatt muskelspenning/reaksjon
- pustepauser eller krampeanfoll
- betydelig vekt tap > 10 prosent av kroppsvekten
- for høy eller lav temperatur
- lavt blodsukker
- mistanke om misdannelser - i ytre eller indre organer

Hovedmålet med barselomsorgen er å differensiere tilbudet med en faglig forsvarlig seleksjon, slik at 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.

8.1 Gulsott

Gulsott hos nyfødte (neonatal ikterus) er en normal fysiologisk tilstand, som oppstår hos om lag 60 prosent av alle nyfødte. Ti prosent av brysternærte barn kan fortsatt ha litt gulsott fire uker etter fødselen (174). Gulsott opptrer vanligvis andre eller tredje levedag hos friske nyfødte. Noen barn får mer gulsott enn andre og må behandles. Behandlingsgrensene er standardiserte og beregnet ut fra vekt, alder og bilirubin i serum (175). Høye konsentrasjoner av bilirubin i blodet kan være skadelig for deler av hjernen. Nyfødte barn med gulsott må derfor følges nøye, spesielt i første leveuke.

Årsaker til gulsott:

- fysiologisk gulsott
- blodgruppeuforlikelighet (immunisering)
- gulsott forårsaket av morsmelk
- infeksjon/blodforgiftning (sepsis), leversykdom, hematomer (blødning), stoffskiftesykdom
- økt disposisjon hos premature under 37 ukers svangerskapsalder

Blodgruppeuforlikelighet og utvikling av gulsott innen de 24 første timer etter fødselen er patologisk og skal raskt vurderes. Årsaken er ofte hemolyse på grunn av uforlikelighet mellom mors og barnets blodgrupper. Dannelse av antistoffer bidrar til hemolyse av barnets røde blodlegemer. ABO-uforlikelighet er den hyppigste årsaken til hemolytisk sykdom hos nyfødte. Immunisering forekommer

hyppigst når mor har blodtype O, og barnet har A eller B. ABO-immunisering kan finne sted allerede under første svangerskap, da antistoffer kan påvises. Mødre med blodtype O kan være den viktigste årsak til utvikling av økt bilirubinnhold i blodet hos barnet (176). Det mangler kunnskap om hvorvidt blodtyping av nyfødte med mødre som har blodgruppe O, vil føre til færre uoppdagede immuniseringer.

8.1.1 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.

Innføring av Rh-profylakse har vært den vesentligste enkeltårsak til reduksjon av hemolytisk sykdom hos nyfødte (177). Likevel blir flere gravide hvert år immunisert selv etter å ha fått anti-D-immunglobulin etter siste fødsel. En av de viktigste årsakene til dette antas å være overgang av fosterblod til morens blod (føtomaternelle blødning) sent i svangerskapet. Annen blodgruppeuforlikelighet som Kell, Kiredd, Duffy, Lewis, Lutheran og P kan også gi hemolytisk sykdom, men er sjeldent (178). Nyfødte barn som får en infeksjon, har større risiko for generell sepsis enn eldre barn. Ved sepsis i nyfødteperioden stiger ofte bilirubin i serum.

I klinisk praksis vurderer mange bare den nyfødtes allmenntilstand når barnet ser gult ut. Det er viktig å påpeke at gulsott som kan kreve behandling, ikke alltid gir trøtte, slappe eller sløve barn. Det er viktig å måle bilirubin ved transkutan måling av bilirubin eller bilirubin i serum når man skal vurdere gulsott hos nyfødte.

Det kan være vanskelig å vurdere barn med mørk hudfarge klinisk. Det bør derfor være en lav terskel for bilirubinkontroll av nyfødte med mørk hudfarge. Metoden med transkutan måling av bilirubin har tidligere ikke hatt teknisk tilstrekkelig god kvalitet til bilirubinmåling av mørkhudede nyfødte. Dagens transkutane bilirubinmålere er tilpasset målinger av alle nyfødte uansett hudfarge. Flere studier har vist at topunktskontroll av bilirubin relatert til den nyfødtes alder i timer gir god prediksjon for utvikling av gulsott før utreise (176;179). Bilirubin kontrolleres med 12-24 timers intervall under barnets 48 første timer. Det er særlig barn med ABO-immunisering, nyfødte med mørk hudfarge og andre nyfødte med risiko for økt bilirubinnhold i blodet som kan ha nytte av en topunktskontroll av bilirubin (62).

Morsmelkernærte nyfødte med et forlenget forløp med gulsott trenger ikke å avslutte ammingen, men det kan i noen sjeldne tilfeller være riktig å anbefale tilskudd av morsmelkerstatning i noen dager mens ammingen fortsetter ved behandlingskrevende bilirubinverdier (178). Mer informasjon: Nasjonal kompetansetjeneste for amming (108).

8.2 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 °C eller ≥ 38 °C 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 hatt 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.

Målgrupper for informasjon og tiltak for å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner er helsepersonell, pasienter og pårørende. Alle kan bidra til å forebygge spredning av sykdomsfremkallende mikrober ved å følge enkle hygieniske prinsipper. De viktigste tiltakene for personalet er å vaske hendene mellom hver pasientkontakt, unngå å benytte smykker på jobb og rengjøre medisinsk utstyr. Foresatte og besøkende må vaske hendene før de skal stelle, mate og kose med barnet, og når de har vært på toalettet og spist mat.

De vanligste infeksjonene er lettere lokale infeksjoner i huden, navlen og øynene. Infeksjonene skyldes ofte gule stafylokokker (*staphylococcus aureus*), en vanligvis ufarlig bakterie og en del av normalfloraen, men den kan forårsake alvorlige infeksjoner hos nyfødte. Gule stafylokokker på føde-/barselavdelinger spres som kontaktsmitte og i hovedsak via hendene til personale og pasienter.

8.2.1 Blodforgiftning hos nyfødte

Blodforgiftning hos nyfødte (neonatal sepsis) er en sjelden, men alvorlig, tilstand som kan oppstå tidlig og sent i nyfødtp perioden, inntil 28 dager etter fødselen. De kliniske tegnene kan være diffuse og omfatter generelle symptomer som manglende trivsel, spisevansker, slapphet og irritabilitet (180). Mer spesifikke symptomer er også vanlig, som pustepauser, blåfarging av hud, slimhinner og perifere ekstremiteter, for høy eller for lav kroppstemperatur, lavt blodsukker og tidlig eller langvarig gulsott.

De vanligste bakteriene er gruppe B-streptokokker, *E. coli* og ulike typer av stafylokokker. Antibiotika som profylakse i forbindelse med fødselen til risikogrupper har redusert forekomsten av blodforgiftning hos nyfødte (181;182).

8.2.2 Hudinfeksjon

Hudinfeksjon (pemfigus) er en vanlig, overflatisk bakterieinfeksjon i huden karakterisert ved en betent og infisert overhud forårsaket av gule stafylokokker alene eller i kombinasjon med gruppe A-streptokokker (183). Infeksjonen oppstår oftest tre-sju dager etter fødselen. Barnets temperatur, respirasjon, generelle trivsel, allmenntilstand og ernæring observeres. Lokalbehandling er oftest tilstrekkelig, og tilstanden krever sjelden systemisk behandling med antibiotika.

8.2.3 Vannkopper

Varicella-zoster-virus tilhører herpesvirus-familien. Viruset forårsaker vannkopper, som er en barnesykdom, men som ofte har alvorlig forløp hos voksne og nyfødte. Smittemåten er vanlig luftsmitte med en inkubasjonstid på cirka 10-20 dager. Viruset er svært smittsomt i 1-2 dager før utslettet kommer, og 3-4 dager etter utbruddet.

Det alvorlige for barnet er dersom mor utvikler vannkopper i tiden omkring fødselen, spesielt dersom hun får vannkopper omkring fire-fem dager etter fødselen. Smitterisikoen er cirka 50-60 prosent. Barnet kan utvikle alvorlig varicellasykdom med hjernebetennelse (encefalitt) og lungebetennelse (pneumoni) med høy dødelighet. Dette skyldes at det nyfødte barnet ikke har fullt utviklet immunsystem og er dårlig beskyttet mot virus, og at kvinnen før fødselen ikke har rukket å danne beskyttende antistoff som barnet kunne hatt nytte av. Dersom mor har hatt vannkopper, overføres varicella-antistoffer til barnet i siste del av svangerskapet.

Varicella-zoster-immunglobulin bør gis innen 72 timer etter eksponering og er indisert for nyfødte barn av seronegativ mor, dersom mor får utbrudd av vannkopper nær fødselen eller barnet eksponeres for vannkopper inntil en uke etter fødselen.

8.2.4 Herpes hos nyfødte

Herpes simplex-virusinfeksjon hos nyfødte er en alvorlig sykdom som opptrer hos 1-3/10 000 levende fødte. Dødeligheten er 80 prosent ved ubehandlet infeksjon. Smitte kan skje under svangerskapet eller under og etter fødselen. Majoriteten, 85 prosent av smitten, skjer under fødselen. De fleste nyfødte med slik infeksjon er født av mødre uten symptomer og uten kjent infeksjon.

Hos kvinner som debuterer med genital herpes i senere del av graviditeten, vurderes behandling av den nyfødte med aciklovir første leveuke.

Hos spedbarn født av kvinner med tilbakevendende herpesinfeksjoner vil antistoffer som passivt overføres fra mor sannsynligvis redusere risikoen for alvorlig sykdom betydelig. Risikoen når en kvinne ikke aktivt produserer og utskiller virus, er ubetydelig. Herpes simplex-virusinfeksjon hos nyfødte kan være lokalisert til hud-, øye- og munnhule. Dette er den mest vanlige typen. Den kan virke fredelig initialt, men det er fare for spredning til sentralnervesystemet eller andre organer dersom infeksjonen ikke behandles raskt. Sykdommen debuterer oftest i løpet av de to første leveuker, men kan starte når som helst de seks første leveuker. Om lag 1/3 av herpesinfeksjoner hos nyfødte involverer sentralnervesystemet.

8.2.5 Sekresjon fra navlen

Huden ved navlen kan bli rød og irritert. Det er vanlig at det kommer noe sekresjon og vond lukt fra navleområdet. Dersom huden ved navlen blir rød og irritert eller det kommer mye sekresjon fra navlen, må man mistenke en bakteriell infeksjon.

I en systematisk oversikt som inkluderte 21 studier, har man vurdert spørsmålet om det er forskjell på effekten av behandling med antiseptika sammenlignet med tørr navle eller ingen behandling (Zupan, J 2004) (n = 8959) (184). Kvaliteten på oversikten var vurdert som lav, og det er behov for flere studier. Utfallsområdet var forekomst av kolonisering av bakterier. Denne oversikten kan ikke gi

9 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 (188). Se kapittel 13.5.1, *Særlig om barnets rett til helsehjelp*. 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 spedbarns-alder.

Rutinene for BCG-vaksinasjon vil bli endret i løpet av 2014. Mer informasjon på www.fhi.no.

Helsepersonell har plikt til å melde til Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) om vaksiner gitt etter barnevaksinasjonsprogrammet (189). 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* (190-192) og www.fhi.no.

9.1 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 smittestatus følges opp ved helsestasjon med kontroll av hepatitt B-antistoff og -antigen en måned etter siste vaksinedose.

Dokumentasjon: Smittevernloven. Vaksinasjonsprogrammet. Sterk anbefaling.

Gravide som tilhører en risikogruppe for hepatitt B, bør testes serologisk for hepatitt B-virus, slik at kvinnens hepatitt-B-status er kjent ved fødselen (39;190). Dersom mors hepatitt-B-status er ukjent ved fødselen, anbefales samme tiltak som for en kjent smittebærer, siden forebyggende behandling ikke bør utsettes i påvente av laboratorieundersøkelser.

Dersom mor er kronisk bærer av hepatitt B eller får hepatitt B i svangerskapets siste trimester, vil barnet eksponeres for smitte under fødselen. I sjeldne tilfeller skjer smitten også før fødselen. Endelig bør man vurdere tiltak dersom mor tilhører risikogruppen og smittestatus er ukjent. Det haster å vaksinere barn av smitteførende eller mulig smitteførende kvinner.

noe konkret svar på hva som er det beste alternativet. Men klinisk erfaring er at en såkalt tørr behandling, det vil si uten påføring av antiseptiske midler på navlestumpen, er vurdert som trygt. Spedbarnet kan bades. Det er erfaring med at bleien kan gnisse og irritere området rundt stumpen, og det er vanlig å brette bleien ned slik at den ikke irriterer området, inntil området er helet.

8.2.6 Sekresjon fra øynene

Det er vanlig med sekresjon fra øynene etter en vaginal fødsel. Gule stafylokokker er den vanligste årsak til puss i øynene de første leveukene. Det er en uskyldig tilstand, men som vanligvis behandles med legemidler når det er massiv pussproduksjon. Puss kan skyldes infeksjon med *E. coli*, gonokokker, klamydia, herpesvirus og eventuelt andre bakterier. Infeksjon med gonokokker er sjelden i dag, men svært alvorlig og krever rask behandling.

Morsmelk kan brukes til å behandle lettere grader av konjunktivitt (185). En studie som sammenlignet dråper med morsmelk med øyedråper med antibiotika som behandling av barn med medfødte tette tårekanaler, viste at barn som ble dryppet med morsmelk i øynene, fortore ble friske enn barn som fikk antibiotika-øyedråper. Ved mer alvorlig konjunktivitt med tydelig rødhet og mye gulgrønt puss anbefales antibiotika-øyedråper.

Ved bakteriell brystbetennelse hos mor og/eller ved påvist oppvekst av sykdomsfremkallende bakterier i morsmelken skal morsmelken ikke dryppes i øynene før bakterieinfeksjonen er behandlet.

8.2.7 Trøske og bleiedermititt

Soppinfeksjon er forårsaket av *Candida albicans*, noe som kan føre til oral kandidose og såkalt "trøske" eller bleiedermititt hos barnet. Trøske/soppinfeksjon skal behandles med soppdrepende legemidler dersom symptomene medfører smerter for mor eller barn eller vanskeliggjør amming (186). Dersom soppinfeksjonen er asymptomatisk, er behandling ikke nødvendig. Når mor behandles for *Candida*-infeksjon, skal man også behandle barnet som dier (187).

8.3 Abstinenser hos nyfødte

Abstinenssyndrom hos nyfødte (NAS) forekommer først og fremst hos opioideksponerte nyfødte. Man har også sett abstinenslignende symptomer etter eksponering for benzodiazepiner og enkelte andre legemidler. Dersom kvinnen er i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), vil man være klar over at det kan oppstå abstinenser, men det kan også skje hos nyfødte hvor helsepersonellet ikke er klar over at mor har hatt inntak av opioider under svangerskapet.

NAS oppstår hos 60-80 prosent av opioideksponerte nyfødte og inntreffer oftest i løpet av de 72 første timene etter fødselen. Syndromet omfatter flere organsystemer og kan ubehandlet ha et alvorlig og eventuelt dødelig forløp. Symptomer på irritabilitet i sentralnervesystemet omfatter økt spenning i muskulatur, forsterkede reflekser, unormal suging og problemer med matingen. Sår i huden kan forårsakes av hyperaktivitet med motorisk uro. Symptomer fra mage-tarm-kanalen omfatter gulping, oppkast og diaré. Symptomer fra respirasjonssystemet omfatter for rask pustefrekvens og forstyrrelse i syre/base-forholdet i kroppen. Symptomer fra det autonome nervesystemet omfatter nysing, gjesping, tåreflod, svetting og feber. Nyfødte med abstinenssyndrom har ofte et karakteristisk (skingrende) skrik. Symptomatologien varierer betydelig, fra nyfødte som har mange og alvorlige symptomer, til nyfødte som har få og milde symptomer. Barna blir vanligvis værende i flere uker på nyfødtavdelingen, og behandlingen er blant annet nedtrapping med morfinsulfat over flere uker.

Mer informasjon i *Nasjonal veileder for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene til barnet når skolealder* i (76).

Barna skal ha hepatitt B-immunglobulin (HBIG) og første dose hepatitt B-vaksine som profylakse etter eksponering så snart som mulig og senest innen 24 timer etter fødselen. Barnets hud må vaskes omhyggelig ren for morens blod før noe injiseres. Det gis ytterligere tre vaksinedoser ved 1-, 2- og 12-måneders alder. Hepatitt B-immunglobulin og -vaksine kan redusere risikoen for at barnet blir bærer fra over 90 prosent til under 5 prosent.

Det anbefales at vaksinerte barn av smitteførende mødre følges opp ved helsestasjonen, og at det foretas kontroll av hepatitt B-antistoff og -antigen en måned etter siste vaksinedose. Andre barn med økt risiko for hepatitt B-smitte skal tilbys hepatitt B-vaksinasjon etter et tredoseprogram som kan startes når som helst etter fødselen i tråd med Vaksinasjonsboka.

9.2 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.

Tuberkulose skyldes infeksjon med tuberkulosebakterier. Nedgangen i forekomsten av tuberkulose i Norge stanset opp i slutten av 1990-årene og har senere vist en svak økning. Forekomsten av tuberkulose internasjonalt er fortsatt svært høy (192). Forekomsten av hivinfeksjon fører til flere tuberkulosetilfeller. Norge er i dag blant de landene som har lavest forekomst av tuberkulose, med om lag 350 nye tilfeller hvert år (193). Omtrent 90 prosent av tilfellene er hos personer som er født i utlandet. Majoriteten av pasientene kommer fra Afrika og Asia (60 prosent).

Forebyggende tiltak mot tuberkulose retter seg mot grupper med kjent og forhøyet risiko. BCG-vaksine tilbys barn fra familier med tilknytning til land hvor tuberkulose er vanlig. Det er anslått at en ubehandlet person kan smitte 10-15 personer (194). Praksis i Norge er at vaksinen gis til nyfødte med én eller to foreldre som kommer fra eller ofte reiser til høyendemiske soner (191;192).

BCG-vaksine skal ikke gis til nyfødt barn av hivpositiv mor, men utsettes til det er sikkert at barnet ikke er hivsmittet. Vaksinen kan gi alvorlige bivirkninger dersom barnet senere utvikler immunsvikt. Hivstatus hos mor skal derfor avklares før barnet eventuelt BCG-vaksineres. Om lag 80 prosent av de vaksinerte oppnår beskyttelse mot tuberkulose, spesielt mot de alvorlige formene av tuberkulose i første leveår. Beskyttelsen inntreffer 6-12 uker etter vaksinasjon og er langvarig (191).

9.3 Forebygging av HIV

Det anbefales at barn som blir født av en hivpositiv mor, får antiretroviral, forebyggende behandling innen fire timer etter fødselen.

Dokumentasjon: Smittevernloven. Klinisk erfaring. Sterk anbefaling.

Barn av hivpositive mødre behandles med antiretrovirale legemidler i fire-seks uker etter fødselen. Vitamin K gis gjennom munnen, over lenger tid. Barnet følges opp poliklinisk etter fødselen (144;195).

9.4 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.

Rubellaantistoffer kontrolleres rutinemessig under svangerskapet (39). Dersom antistoffer ikke kan påvises, er det praksis at kvinnen vaksineres tidlig i barselperioden, helst før utskrivning fra barselavdelingen (190;191;196). Beskyttelsen mot rubella er over 95 prosent etter én dose.

Før rubellavaksine ble tatt i bruk, var cirka 90 prosent av den voksne befolkningen immun mot rubella her i landet. Undersøkelser viser at kvinner som er født og oppvokst i tropiske/subtropiske land, langt oftere mangler immunitet mot rubella i voksen alder enn norske kvinner. Derfor er det viktig å nå denne gruppen med vaksine. Tilbudet er gratis, også når det ikke er dokumentert med blodprøve at kvinnen er seronegativ. Ved usikker vaksinasjonsstatus hos unge, ikke-gravide kvinner oppvokst i ikke-vestlige land kan rubellavaksinasjon tilbys uten forutgående antistofftesting.

Rubellavaksine er i Norge bare tilgjengelig som MMR-vaksine (mesling-, kuma- og rubellavaksine). Dersom en seronegativ kvinne av en eller annen grunn ikke er vaksinert på barselavdelingen, er det ofte mest hensiktsmessig at vaksinasjonen utføres på helsestasjonen, som til enhver tid har MMR-vaksine på lager.

MMR-vaksine er ikke kontraindisert til personer som er immune mot én eller flere av sykdommene etter vaksinasjon eller infeksjon. Som for andre levende vaksiner bør graviditet unngås de tre første månedene etter vaksinasjon. I systematiske registreringer har det aldri vært rapportert fosterskade når rubellavaksine er gitt i tidlig graviditet (197;198). Rubellavaksinering er derfor ikke indikasjon for å avbryte svangerskapet. Det er også trygt å gi MMR-vaksine til kvinner som ammer (198).

10 Barsekvinnens helse

Barseltiden er en overgangsperiode. Den er preget av følsomhet og sårbarhet både hos kvinnen og hennes partner. Økt følsomhet er viktig for å kunne forstå det nyfødte barnets signaler. Sensitiviteten setter foreldrene i stand til å gi barnet nødvendig hjelp til å regulere følelser og støtte utviklingen. Denne fasen kan i likhet med andre overgangsfaser utløse psykiske lidelser (70). Forbigående følelsesmessige svingninger (barseltårer) vurderes som en normal reaksjon og forekommer hos omtrent 50–80 prosent av barselkvinnene.

I dette kapittelet beskrives de vanligste psykiske og fysiske plagene etter fødselen. Kvinner opplever disse plagene i ulik grad. Følelsesmessige og kroppslige endringer etter fødselen er som oftest forbigående. Kvinner kan oppleve endringene som plagsomme, og de kan føre til bekymring. En individuell tilpasning er av stor betydning. Enkelte kvinner kan ha bruk for mer hjelp, veiledning og eventuelt behandling enn andre og utover det som er beskrevet i retningslinjen.

10.1 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 først 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.

En balanse mellom aktivitet, søvn og hvile er vesentlig for alle for å mestre hverdagens krav. Det er vanlig at foreldre i starten av barseltiden kan oppleve et underskudd på søvn og hvile. Formålet med barseltiden både på sykehuset og i hjemmet er at kvinnen får hvile ut etter fødselen og bli kjent med det nyfødte barnet.

På bakgrunn av forskning om amming er rutinene i barselavdelingen endret betydelig de 20 siste årene (50;85;86). Kunnskap om tidlig tilknytning og amming har bidratt til at nyfødte er minst mulig atskilt fra moren etter fødselen (51;199). Det har også medført at ansvaret for stell av det nyfødte barnet i høyere grad er overlatt til foreldrene. Endringene er blitt gradvis innført samtidig som det er blitt færre barselplasser på sykehusene, noe som igjen fører til kortere opphold i barseltiden.

Det er publisert kohortstudier om barselomsorg i Norge (200-202). Én av studiene undersøkte både personalets og barselkvinnenes oppfatning av omsorgen (200). På flere områder var oppfatningene sammenfallende i begge grupper, men mødrene rangerte viktigheten av assistanse med barnet om natten høyere enn personalet. Når det gjaldt støy i avdelingen, hadde mødrene en høyere toleranse enn personalet. Kvinner i en annen studie oppgav at de ikke fikk nok søvn og hvile på barselavdelingen (201). Den faktoren som var sterkest forbundet med mangel på søvn og hvile, var å dele rom med andre pasienter sammenlignet med enerom. En annen studie konkluderte med at mangel på søvn kan øke risikoen for depresjon hos enkelte kvinner, men at tidligere depressive symptomer og andre kjente risikofaktorer var tydeligere forbundet med klinisk depresjon (202).

Etter en fødsel er det vanlig at de fleste kvinner sover mindre og lettere enn vanlig, med et endret søvnmønster. Omtrent halvparten av mødrene i en studie oppgav at de var trette etter fødselen og i dagene etter fødselen uavhengig av om de var sammen med barnet eller ikke (203). Kvinnene rapporterte at søvnen ble avbrutt av at barnet våknet, og av at de måtte amme. Kvinner som ammet, sov mer enn om barnet fikk morsmelkerstatning. Søvnmangel hos barselkvinner var vanlig som følge av amming og stell av barnet (204).

Brukernes erfaringer tyder på at det er behov for mer avlastning under barseloppholdet, enten fra personalet, eller ved en mer aktiv inkludering av far/partner i omsorgen for mor og barn. Helsepersonell har positive erfaringer med familieenheter hvor det er lagt til rette for at foreldrene kan få styre hvile, søvn og måltider i sin egen rytme. Foreldrene ønsker å være sammen om å bli kjent med barnet og støtte hverandre helt fra begynnelsen. Flere føde-/barselavdelinger har restriksjoner for besøk i avdelingen for å skjerme foreldrene, slik at de kan benytte den korte tiden til å hvile ut etter fødselen. Det er grunn til å anta at et slikt opplegg ikke passer alle, og at brukerne har forskjellige verdier og preferanser.

Det er mangel på kontrollerte studier som sammenligner forskjellig barselorganisering og tilbud og undersøker hvilke konsekvenser organisering og tilrettelegging har for kvinnens egenomsorg og opplevelse av mestring. Det er heller ikke funnet publiserte studier om hvilke tiltak som er best for kvinnene og familiene med tanke på avlastning og støtte i hjemmet.

10.2 Nedstemthet i barseltiden

Barseltårer kan i noen tilfeller gå over i nedstemthet og uro. Kvinnene kan også bli overveldet av vanskelige følelser senere i barseltiden. Dersom kvinnen ikke er i stand til å skjerme barnet, kan det gå utover samspillet med barnet.

Det kan være mange årsaker til at følelsene til barselkvinner svinger den aller første tiden. Det er en ny livssituasjon, og det kan oppleves som overveldende å ha født barn og blitt mor. Mange kvinner kan kjenne intens og overveldende glede, mens andre kan være utmattet og kanskje bekymret over ansvaret eller andre vanskelige ting i livet sitt. Barseltårene sammenfaller også med at melkeproduksjonen er i ferd med å komme i gang. Søvnmangel kan påvirke den emosjonelle tilstanden. Barseltårer kan gå over i vedvarende uro, nedstemthet og fødselsdepresjon. Se kapittel 11.1.1, *Depresjon / depressive symptomer i barseltiden*.

Observasjonsstudier viser at tretthet, utmattelse, tendens til å ta til tårer, glemsel, skyldfølelse, engstelse, tristhet, forvirring, overfølsomhet, hodepine og irritabilitet kan være tegn på nedstemthet (205;206). De samme symptomene forekommer også ved depresjon i barseltiden. Forbigående nedstemthet og følelsesmessige svingninger regnes som normalt, men en forlenget periode med nedstemthet og uro kan være tegn på begynnende depresjon. Det kan være vanskelig både for kvinnen selv og helsepersonellet å vite når uroen og nedstemtheten vil gå over av seg selv, og når det kreves behandling. Nedstemthet og klinisk depresjon må også skilles fra de forbigående følelsesmessige svingningene som mange kvinner opplever den første uken etter en fødsel med en varighet på to-tre døgn (barseltårer).

10.3 Bekkenleddsmerter

Det foreslås tilpasset fysisk aktivitet, kombinert med god hvile og gradvis mobilisering, 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.

Det er mangel på forskning på bekkenleddsmerter i løpet av barseltiden og effekten av behandling. Kunnskapsgrunnlaget er klinisk erfaring, en retningslinje og studier som har undersøkt effekten av tiltak for å redusere forekomst av bekkenleddsmerter under svangerskapet og fra tre måneder etter fødselen. Det mangler forskning på smertebehandling med legemidler som paracetamol og ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID-er). Med begrepet bekkenleddsmerter forstås smerter fra bekkenets muskel- og skjelettsystem som ekskluderer plager av gynekologisk og urologisk karakter (207;208).

Forekomsten av bekkenleddsmerter etter fødselen er 25 prosent (209). Om lag fem prosent har så store plager at de søker helsehjelp. Kunnskapen om årsak er mangelfull, men hormonelle og biomekaniske faktorer regnes som årsaksmomenter. Risikofaktorer i svangerskapet inkluderer antall tidligere fødsler, høy kroppsmasseindeks, tidligere rygg smerter, ung alder, angst og depresjon, tidlig menarke, lavt utdanningsnivå samt flere faktorer i forbindelse med arbeid. Den sterkeste prognostiske faktoren for vedvarende bekkenleddsmerter etter fødselen er tilstandens alvorlighetsgrad under svangerskapet (210-213). Ugunstig muskelaktivering kan være en sannsynlig mekanisme for vedvarende smerter og funksjonsproblemer (214). Man skiller mellom plager av inflammatorisk art og mekaniske faktorer (215).

Forebyggende effekt av gruppetrening under svangerskapet ble undersøkt i tre randomiserte kontrollerte studier (216-218). Resultatene tydet på at regelmessig og tilpasset trening under svangerskapet ikke var tilstrekkelig til å redusere bekkenleddsmerter, men at det førte til færre sykemeldte under svangerskapet på grunn av bekkenleddsmerter (216;217). Det finnes studier som viser god effekt av behandling av bekkenleddsmerter etter barselperioden (208). En randomisert kontrollert studie viste god effekt av spesifikk, individuell behandling hos kvinner som hadde vedvarende smerter tre måneder etter fødselen (219;220).

Klinisk erfaring tilsier at det også i barselperioden bør oppfordres til tilpasset fysisk aktivitet, kombinert med god hvile. Ved bekkenleddsmerter bør ikke smertegrensen overskrides. Kunnskapsbasert informasjon og trygging av pasientene med vekt på spesifikke øvelser for bevisstgjøring og dynamisk kontroll av bekkenet anbefales (208). Enkelte føde-/barselavdelinger har god erfaring med strukturert undervisning ved fysioterapeut i barseltiden. Helsepersonell rapporterer at helsestasjoner har god erfaring med fysioterapeut som deltar i barselgrupper.

10.4 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.

Forekomsten av urinretensjon etter fødselen er om lag fire prosent. Urinretensjon defineres som manglende spontan vannlating, eventuelt sparsom vannlating, innen høyst seks timer etter siste vannlating/kateterisering i forbindelse med fødselen (221). Risikofaktorer for urinretensjon er blant annet langvarig fødsel, operativ forløsning, ødem, hematoma, rifter, spesielt fortilrifter, epidural-/spinalanalgesi og store mengder intravenøs væske.

Dersom en kvinne ikke får tømt blæren etter fødselen, er det vanlig å palpere og banke lett over blæreområdet/symfyen, benytte ultralyd/blæreskanner eller foreta kateterisering med engangskateter (221). Tidspunkt og urinmengde føres i journal/kurve. Ved generell uro eller udefinerte smerter bør helsepersonellet blant annet mistenke urinretensjon og undersøke tidspunkt for spontan vannlating. Urinblærens kapasitet øker, og følsomheten for overstrekning nedsettes i løpet av graviditeten. Dette normaliseres de første ukene etter fødselen.

10.5 Smertelindring etter vaginal fødsel

10.5.1 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.

Smerter i perineum er et vanlig problem for kvinner etter vaginal fødsel. Årsaken kan være ulike typer rifter. Omfanget og alvorlighetsgraden varierer, og underrapportering kan forekomme (222). Rifter, episiotomi og smerter kan påvirke vannlating, avføring, seksuelliv og livskvalitet. Langvarige smertetilstander kan påvirke både forholdet til barnet og samlivet med partner (223). Forebyggende tiltak for å hindre rifter er det viktigste for å hindre smerter.

Det benyttes flere tiltak som smertestillende legemidler, nedkjøling og ulike typer "bad". Effekten av tiltak for å lindre smerter i perineum etter fødselen var vurdert i fire systematiske oversikter (222-225). Det var vurdert at en del av dokumentasjonen holdt lav kvalitet, og det er behov for flere større studier av god kvalitet. Tiltakene som var rapportert, førte muligens til færre kvinner med smerter i perineum. Det var vurdert som trolig nyttig med nedkjøling av perineum. Kvinner som fikk paracetamol, hadde mindre oppfatning av smerte og mindre behov for ekstra smertestilling.

Klinisk praksis er å tilby et ikke-steroid antiinflammatorisk middel (NSAID) i kombinasjon med paracetamol. Stikkpiller med ikke-steroid antiinflammatorisk middel viser muligens redusert behov for ytterligere analgetika. Ingen av de vanligste ikke-steroid antiinflammatoriske midlene synes å overføres via morsmelken i mengder som gir farmakologiske effekter hos det brystnære barnet. Ikke-steroid antiinflammatoriske midler kan skjule vanlige symptomer på infeksjoner.

Jordmor ved føde-/barselavdeling tilbyr vanligvis å inspisere sting og rifter ved utreise. Etter hjemkomst er det vanlig å inspisere sting og vurdere sårtilheling når kvinner opplever plager.

10.5.2 Kvinner som er kjønnslemlestet

For kvinner som er kjønnslemlestet, 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.

Kvinnelig omskjæring (kjønnslemlestelse) er en fellesbetegnelse for ulike typer og grader av inngrep hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller påføres annen varig skade, og som foretas av andre enn rent medisinske årsaker (221). Kjønnslemlestelse er forbudt ved lov (226). Kjønnslemlestelse medfører risiko for komplikasjoner i forbindelse med fødselen. På denne bakgrunn er det anbefalt at gravide henvises til spesialisthelsetjenesten for å få en vurdering og planlegge fødselen. Kjønnslemlestelse kan medføre komplikasjoner som urinveisinfeksjon, urinretensjon, kroniske betennelser, langvarig fødsel og postpartumbldning.

Kontroll er anbefalt to-tre uker etter fødselen, eventuelt før ved behov. Det er viktig å samtale med kvinnen, og det er nødvendig med særskilt kompetanse om kjønnslemlestelse for å hjelpe kvinnen best mulig. Informasjon til kvinnen om komplikasjoner etter omskjæring med tanke på å forebygge omskjæring av eventuell egen datter kan være relevant. Ved behov skal det benyttes tolk (34).

10.5.3 Etterrier

Etterrier er en normal fysiologisk reaksjon og forekommer hos alle barselkvinner de to-tre første dager etter fødselen. Amming stimulerer etterrier. De færreste har behov for smertelindring. Kvinner som har født flere barn, har vanligvis kraftigere etterrier. Det er viktig å utelukke andre årsaker til smerter etter fødselen som hinne- og/eller morkakerester, hematom og urinretensjon.

I klinisk praksis benyttes både legemidler og alternative metoder når kvinner har behov for smertelindring. De vanligste alternative metodene er varme og/eller kalde omslag og akupunktur. Vanlige legemidler er ikke-steroid antiinflammatoriske midler i kombinasjon med paracetamol.

I en systematisk oversikt har man vurdert effekten av legemidler som smertelindring ved etterrier (Deussen; 2011) (N = 1498 kvinner) (227). Oversikten inkluderte 18 studier, hvorav 9 (N = 750 kvinner) inkluderte sammenligninger mellom forskjellige legemidler og placebo. Oversikten vurderte effektmål så som smerter målt på forskjellige tidspunkt etter fødselen (timer og dager), forekomst av amming ved utskrivning fra sykehus og etter seks uker, effekter på barnet og tilfredshet hos kvinnene. Det ble påvist at ikke-steroid antiinflammatoriske midler var bedre enn placebo og paracetamol til å lindre smerter ved sammentrekning av livmoren etter vaginal fødsel. Utover dette var resultatene motstridende. Studiene var av eldre årgang. Generelt var kvaliteten på dokumentasjonen lav. Oversikten kan ikke gi noen sikre anbefalinger for klinisk praksis. Studiene rapporterte lite om overgang i morsmelk. Det ble vurdert forskjellige typer NSAID-er i den systematiske oversikten. Aspirin var også vurdert, men dette legemiddelet regnes ikke som trygt i forbindelse med amming (140).

Klinisk erfaring viser at mange opplever god smertelindring med NSAID-er gitt i kombinasjon med paracetamol. Noen barselkvinner har ikke tilfredsstillende effekt av dette, men opplever god smertelindring med nyere opiater. Den forskningsbaserte kunnskapen om alternativ behandling av etterrier er mangelfull, og det er behov for studier som også inkluderer kvinnenes tilfredshet med behandlingen.

10.6 Renselse etter fødselen

Renselse er en normal, fysiologisk prosess etter fødselen. Varighet og mengde er svært forskjellig fra kvinne til kvinne (204;228). Flere har kartlagt hvordan kvinner har beskrevet renselsen etter fødselen (229;230). Renselsen endrer farge fra å være en rød, frisk blødning i starten, deretter til en rosa/brunlig blødning og så til slutt vanligvis med gul/hvitaktig sekresjon.

Det er viktig å identifisere unormal renselse og iverksette behandling. Informasjon til barselkvinner om renselse er at symptomer på unormal renselse kan være lukt, smerter og temperaturstigning. Ved dag 7-12 er det normalt med en frisk blødning, og denne blødningen har en varighet på cirka ett døgn. Det kan også forekomme blodlevringer/koagler og hinner i renselsen, og det er vanlig med etterrier.

For å forebygge alvorlige infeksjoner hos kvinnen og barnet anbefales kvinnen å sørge for god hygiene. Det innebærer håndvask i forbindelse med toalettbesøk og intimhygiene og sørge for å skifte bind ofte. Det er omdiskutert om man skal gi råd om å unngå karbad og svømmebasseng så lenge renselsen pågår. Det er ikke publisert studier som støtter dette, og videre forskning er nødvendig. Det er vanlig å gi råd om å benytte kondom ved samleie for å forebygge infeksjoner og uønskede svangerskap inntil kvinnen for eksempel kan benytte annen prevensjon.

10.7 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.

Hemoroider regnes som en alminnelig plage hos gravide og kvinner i barseltiden. Det foreligger få studier om behandling og forebygging. Hemoroider defineres som hevelse svarende til åreknuter i vener rundt analåpningen. Symptomene varierer etter graden og omfanget av hemoroider. De vanligste symptomene er blødning og smerter (231).

Det er usikkerhet knyttet til forekomst av hemoroider hos gravide og barselkvinner. Anslagsvis er 8-24 prosent fortsatt plaget tre måneder etter fødselen. Hemoroidene vil ofte bli gradvis mindre etter fødselen, men vil vanligvis ikke bli helt borte (232).

Hemoroider er vanligere hos gravide enn i resten av befolkningen. Årsakene er forstoppelse, generell økt venestase og hormonelle faktorer som progesteron som virker inn på bevegelse i tarmen og glatt muskulatur også i analkanalen (232). Lang utdrivningstid under fødselen, høy fødselsvekt hos barnet, traumatisk forløsning og operativ vaginal forløsning ser ut til å disponere for hemoroider etter fødselen. Hemoroider som er oppstått i forbindelse med fødselen, bør reponeres rett etter fødselen i forbindelse med pleie/sutur av perineum. Fødsel etter uke 40 øker også risikoen for hemoroider etter fødselen. Årsaken er ikke kartlagt. Risikofaktorene tyder på at det er mulig å forebygge hemoroider.

I en systematisk oversiktsartikkel har man vurdert konservativ behandling av symptomatiske eller kompliserte hemoroider under graviditeten og i barseltiden. To studier er inkludert i oversikten (Quijano, CE 2005) (N=150) (233). Konklusjonen var at det ikke finnes randomiserte kontrollerte studier om behandling av hemoroider hos barselkvinner.

11 Komplikasjoner hos barselkvinner

Retningslinjen beskriver komplikasjoner som kan forekomme hos barselkvinner, og som helsepersonellet bør være oppmerksom på. Behandling og diagnostisering er utenfor denne retningslinjens oppdrag. Det henvises til andre kilder for diagnostisering og behandling.

11.1 Psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk

Kvinner med en psykisk lidelse vil stå overfor større utfordringer enn andre mødre både under svangerskapet og etter fødselen. Mors psykiske lidelse vil også utgjøre en risikofaktor for barnets utvikling. Hvor stor risikoen er, avhenger av flere faktorer, for eksempel hvor alvorlig lidelse forelderen har, og hvor gode foreldrene er til å beskytte barnet. En psykisk syk forelder kan oppleves som en belastning for barnet uten at det utvikler seg til varige problemer. De fleste barn viser stor tilpasningsdyktighet og klarer seg bra på sikt selv om det er vansker i familien (234).

Oppfølging av familie, mor og barn vil være betinget av et samarbeid mellom helsestasjonen, spesialisthelsetjenesten, det kommunale hjelpeapparatet og pårørende. Det bør legges vekt på oppfølging av kvinnen, partneren og barnet så vel som samspeillet mellom foreldre og barn.

Veiledere og retningslinjer med mer informasjon om psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk:

- Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. IS-1742
- Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene til barnet når skolealder. IS-1876
- Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561
- Nasjonal retningslinje for utredning og behandling av bipolar lidelse. IS-1925
- Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose. IS-1957

Se kapittel 5.9, *Familier i en sårbar og utsatt livssituasjon*.

11.1.1 Depresjon / depressive symptomer i barseltiden

I norske studier er det rapportert en forekomst av depressive symptomer i barseltiden på mellom 10 og 16,5 prosent målt med et screeninginstrument (202;235-238). Det er om lag samme forekomst som for kvinner generelt i alderen 25–45 år. Allikevel er insidensen økt i barselperioden sammenliknet med andre perioder i kvinners liv. Resultatene fra en stor dansk registerstudie tyder for eksempel på at det er en dobbelt så høy risiko for å trenge psykisk helsehjelp de første tre månedene etter en fødsel sammenliknet med ett år senere, og tre ganger så høy risiko for å bli rammet av klinisk depresjon i løpet av de første fem månedene etter fødselen sammenliknet med ett år senere (Munk-Olsen et al., JAMA 2006) Klinisk depresjon forekommer hos om lag 3–5 prosent av barselkvinner med depressive symptomer. Symptomene hos barselkvinner skiller seg i liten grad fra annen depresjon (235;239). Posttraumatisk lidelse kan ramme om lag to prosent (241). Bare 1–2/1000 kvinner rammes av barselpsykose (71;239), men risikoen er mer enn tyve ganger større i barselperioden enn i andre perioder av livet.

Klinisk erfaring viser at undersøkelse og inspeksjon av anus og analkanalen er viktig ved symptomer på hemoroider (232). Behandlingen er konservativ, alternativ eller kirurgisk. Konservativ behandling består av økt inntak av væske og fiber samt legemidler for å øke bevegelsen i tarmen og lokal anal behandling med anestesimidler og antiinflammatoriske midler, steroider og legemidler i flavonoidfamilien (233). Erfaringsmessig virker nedkjøling (isforpakning) og reponering av hemoroidene smertelindrende. Kvinnen bør få informasjon om hvordan hun kan gjøre dette selv, eventuelt etter 20 minutter med nedkjøling og elevasjon av setet på forhånd, for eksempel i form av kne-albue-leie. Klinisk erfaring er at økt fiber- og væskeinntak kan ha en god effekt sammen med fysisk aktivitet.

10.8 Kontroll etter fødselen

Det foreslås at kvinner får tilbud om en kontroll fire-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.

Det er vanlig å tilby kvinner en kontroll fire-seks uker etter fødselen eller når kvinnen ønsker det. For friske kvinner uten komplikasjoner er det manglende dokumentasjon for effekten av dette tiltaket. Mange kvinner setter pris på denne kontrollen. Kontrollen er gratis for kvinnen både hos fastlege og jordmor.

Kontroll etter fødselen foregår både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved fastlege eller jordmor og i spesialisthelsetjenesten avhengig av forløp og risiko. Ved komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel eller barseltid vil det være oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Noen kvinner vil ha behov for tidligere kontroll hos fastlege. Det kan være for eksempel ved svangerskapsdiabetes, forhøyet blodtrykk, infeksjon, depresjon, kronisk sykdom eller andre tilstander som er kjent fra svangerskapet hvor fastlege har fulgt opp alene eller i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Aktuelle temaer i samtalen med kvinnen:

- søvn og hvile, mestring av morsrollen, forhold til partner
- nedstemthet
- bekkenrelaterte smerter, inkontinens
- smerter i bekkenbunnen, kontroll av fødselsrifter og tilheling
- rennselse, menstruasjon, prevensjon
- seksualitet
- amming, morsmelkernæring eller morsmelktillegg
- hemoglobin – anemi
- helsestasjonen, oppfølging av barnet

Kontroll etter fødselen hos kvinner uten risiko og med et normalt fødsel- og barselforløp bør gjennomføres av den som har fulgt opp kvinnen under svangerskapet eller hatt ansvar for fødselen. Innholdet i konsultasjonen er kvinnens fysiske og psykiske helse med utgangspunkt i epikrise fra føde-/barselavdelingen. Hensikten er både å fange opp forhold som trenger oppfølging, og å støtte kvinnen i hennes opplevelse av det som anses som normale fysiske og psykisk endringer.

Hos de fleste som diagnostiseres med depresjon i barseltiden, foreligger det depressive symptomer på forhånd, eller de oppstår kort tid etter fødselen (124;128;242). Andre risikofaktorer er tidligere klinisk depresjon, traumatiske og stressende hendelser, fravær av nettverksstøtte, konflikter i parforhold, aleneansvar for barnet, uventet / ikke planlagt graviditet, dårlig selvfølelse, fremmedspråklighet og økonomiske problemer (103;104). Førstegangsfødende kvinner har en tredobbel risiko for å oppleve depresjon etter fødselen (70). Kvinner i risikogrupper er ekstra sårbare og har behov for individuell oppfølging. En klinisk barseldepresjon eller depressive symptomer kan ha konsekvenser for morsrollen, samspill og ernæringen av barnet (71;123;124;243).

Tidlig hjelp og forebygging av tilstanden er viktig. God sosial støtte og hjelp fra personell med tilstrekkelig kompetanse kan bidra til vellykket amming og motvirke negative symptomer (71;102-104;128). Det viser seg at en velfungerende amming kan ha en gunstig effekt på mors psykiske helse, blant annet gjennom å heve stemningsleie og dempe stress og angst. Se kapittel 6.2, Positive effekter av amming. Også hos seksuelt misbrukte kvinner, som er særlig utsatt for depresjon, ser fungerende amming ut til å kunne redusere symptomene (105). Kvinner som fullammer, sover bedre enn de som bruker flaske, noe som igjen kan påvirke depressive symptomer (202). Store amme-problemer i tillegg til en depresjon kan imidlertid oppleves som belastende (125;127;128). I enkelte tilfeller kan kvinnen da trenge hjelp til å avslutte ammingen uten at det oppleves som et nederlag. Se kapittel 6.8, *Tilknytning til barnet og veiledning fra helsepersonell*.

Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten anbefaler at bør finnes rutiner for identifikasjon av depresjon i svangerskap og fødsel, men gir utover det ingen spesifikke anbefalinger for å forebygging annet enn tett og tverrfaglig oppfølging under svangerskapet og etter fødselen og rutiner for identifikasjon av depresjon i svangerskap og fødsel (77).

For å unngå unødig sykeliggjøring av normale plager er det viktig å skille mellom "barseltårer" og mer langvarige symptomer på nedstemthet og depresjon. Helsepersonell bør være oppmerksom på kvinnens psykiske velbefinnende, for mors tilstand kan påvirke barnet (123).

11.1.2 Screening for depresjon

Det foreslås ikke screening for depresjon i barselperioden.

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

Screening av gravide og barselkvinner kan være en metode til å kartlegge kvinner med depresjon. Om lag en tredjedel av landets kommuner har iverksatt opplæring og bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) etterfulgt av en umiddelbar samtale med kvinnen etter utfylling av skjema. Skjema og samtale gir grunnlag for oppfølging av kvinner som scorer over en bestemt intervensjonsgrense, og som i samtalen gir uttrykk for at de har det vanskelig og trenger videre hjelp (70;241). I en systematisk oversikt som inkluderte data fra seks studier (Kunnskapssenteret, 2013) (N = 5052), vurderte man screeningtestens nøyaktighet for å identifisere depresjon (244). De fleste studiene var gjennomført med EPDS. Studiene målte forekomst av depressive symptomer, ikke klinisk depresjon. I oversikten rapporterte man også effekten av depresjonsscreeningprogrammer på forekomst av depresjon eller depressive symptomer hos gravide og barselkvinner.

Antall kvinner med depressive symptomer fire–seks måneder etter fødselen ble redusert fra 10 prosent til 6 prosent ved hjelp av screeningprogram i barseltiden. Det var vurdert at dokumentasjonen holdt høy kvalitet. Det ble ikke funnet studier som rapporterte fysiske og sosiale utfall hos mor, eller negative eller uønskede effekter av screening og oppfølging for mor, barn eller familie. I oversikten ble det rapportert at omkring 20 prosent av de kvinnene som ikke har klinisk depresjon,

ville bli klassifisert som å ha risiko for å utvikle depresjon (falske positive resultater) ved bruk av EPDS med en grenseverdi på ≥ 10 poeng.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har vurdert om screening med EPDS bør innføres som et nasjonalt tilbud (245). Rådet har konkludert med at depressive symptomer og depresjon forekommer i forbindelse med svangerskap og barseltid, og depresjon hos mor kan få negative effekter på barnets utvikling. Internasjonal forskning viser at systematisk screening med oppfølging for barseldepresjon til en viss grad kan redusere forekomsten av depressive symptomer hos barselkvinner.

Rådet viste også til at det er kjent med at mange kommuner systematisk screener for å finne barselkvinner som har depressive symptomer. Det trengs imidlertid mer kunnskap om effekt av Edinburgh-metoden og alternative oppfølgingsmodeller i Norge (Eberhard-Gran et al. Legetidsskriftet 2014). Nasjonalt råd anbefaler at screening for barseldepresjon ved hjelp av Edinburgh-metoden ikke innføres som et nasjonalt tilbud på nåværende tidspunkt.

11.1.3 Rusmiddelmissbruk

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.

Dersom kvinnen har brukt alkohol regelmessig under svangerskapet, er det nødvendig med systematisk oppfølging av familien og det nyfødte barnet i sped- og småbarnstiden. En del av barna som blir eksponert for alkohol under svangerskapet, vil utvikle føtal alkoholspektrumforstyrrelse (FASD). En mindre andel av barna får fullt utviklet føtal alkoholsyndrom (FAS). En større andel av barna vil utvikle føtal alkoholeffekt (FAE), hvor de karakteristiske ansiktstrekkene oftest mangler, men hvor barnet vil kunne ha betydelige utviklingsmessige problemer. Dette er barn hvor problemene ofte oppdages relativt sent i småbarnsalderen.

Dersom helsepersonell får mistanke om at foreldrene inntar rusmidler, henvises det til rundskriv I-14/2002: *Kvalitetskrav til rutiner for rusmiddeltesting, hvor positivt analysesvar kan danne grunnlag for iverksetting av alvorlige sanksjoner* (246). Urinprøver som kan føre til sanksjoner, skal håndteres etter *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene til barnet når skolealder, IS-1876* (kapittel 6.5.5) (76). Se kapittel 7 i LAR-retningslinjen om gravide, fødsel og nyfødtp perioden.

Pasienter som er kjente rusbrukere, har vanligvis en kontakt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som det kan være naturlig å henvende seg til dersom det oppstår situasjoner som er vanskelige å håndtere på føde-/barselavdelingen, nyfødtafdelingen eller helsestasjonen. Ved behov vurderes bistand fra barneverntjenesten.

Samarbeidet med familier hvor mor og/eller far har rusproblemer, er betinget av at helsepersonellet behandler familien på en respektfull måte. Dette kan bidra til å bygge tillit mellom helsepersonellet og familien, slik at mor/foreldre innrømmer at de har et rusmiddelproblem, og at de vil ta imot tilbudet om videre oppfølging for seg selv og barnet.

11.2 Komplikasjoner

11.2.1 Blødning og anemi

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

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

Forhold som disponerer for utvikling av anemi, er blant annet en kjent anemi under svangerskapet og unormal blødning under eller etter fødselen. Disse kvinnene kan være utsatt for anemi i barseltiden dersom blodverdiene ikke er steget. Lave hemoglobinverdier utsetter kvinner for infeksjonsfare, særlig endometritt, urinveisinfeksjon og feber. Allmenntilstanden er svekket, og det kan medføre forsinket melkeproduksjon.

Stor, kraftig og unormal blødning etter fødselen skjer hos cirka 10 prosent av kvinnene etter vaginal fødsel og hos 21 prosent ved keisersnitt. Det er en klinisk diagnose og defineres vanligvis som en blødning på over 500 ml i løpet av de 24 første timer etter fødselen (193;221;247). Alvorlig blødning etter fødselen defineres som over 1000 ml etter at barnet er født, og forekommer hos én-to prosent. Sekundær blødning kan oppstå fra 24 timer til 12 uker etter fødselen. Det er viktig å diagnostisere en reell postpartumbldning, fastslå dens alvorlighetsgrad, iverksette behandling og forebygge anemi.

Forhold under fødselen som gir økt risiko for blødning, er livmoratoni, morkake- og/eller hinnerester, rifter, koagulasjonsforstyrrelser, myomer i livmoren, induksjon av fødsel og operative forløsninger. Årsaker til alvorlig blødning mer enn 24 timer etter fødselen kan for eksempel være atoni, infeksjon, rester av fosterhinner eller morkake i livmoren og full urinblære. For å forebygge alvorlig blødning er det viktig at morkake og fosterhinner forløses hele, og at kvinnen får tømt urinblæren innen to timer etter fødselen og deretter regelmessig (248).

Palpering av livmoren etter fødselen og før utreise fra barsel er en erfaringsbasert metode som kan være nyttig for å vurdere livmorens tilbakedannelse. Kvinnen kan selv palpere livmoren og kjenne etter at den er fast og gradvis synker nedover i bekkenet. Jordmor bør spørre kvinnen om blødningsmengde og farge på blødningen de første dagene etter fødselen. Kvinnens egen rapportering og observasjon er viktig. Hun bør være kjent med tegn på en alvorligere blødning: plutselig og rikelig blodtap eller vedvarende og økende blodtap. Svimmelhet, besvimelse og rask puls tilsier at situasjonen er alvorlig og krever rask kontakt med helsetjenesten.

Det er ikke funnet store nok studier som belyser effekten av oral eller parenteral tilførsel av jern, jernrikt kosthold og blodtransfusjon hos barselkvinner med jernmangelanemi. En systematisk oversikt inkluderte seks studier (Dodd, 2004) (N = 411) (249). Den er for liten og gir ingen svar. I en randomisert kontrollert studie sammenlignet man effekten av intravenøs jernsukrose med peroralt jernsulfat på hematologiske parametere og livskvalitetsmålinger hos barselkvinner med anemi (250). Kvinner som fikk jernsukrose intravenøst, etterfulgt av standard oral jernterapi etter fire uker, gjenopprettet sine jernlagre raskere og hadde en bedre utvikling av utmattelsesscore (fatigue score), noe som indikerer forbedret livskvalitet. Det er behov for randomiserte kontrollerte studier for å kunne vurdere effekten av behandling av anemi etter fødselen. Informasjon om behandlingsgrensene og behandling av anemi finnes i *Veileder i fødselshjelp* (221).

11.2.2 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 dyp venetrombose. 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.

Blodpropp (venøs tromboembolisme) i forbindelse med svangerskap og fødsel forekommer sjelden, men lungeembolisme er fortsatt en av de viktigste årsakene til mødredødelighet (221). Rundt 1/1 000 kvinner i Norge får blodpropp i forbindelse med svangerskap og fødsel, hvorav halvparten de fire første ukene etter fødselen (251). Kvinner med økt risiko for blodpropp skal følges opp av spesialister og omfattes ikke av denne retningslinjen. En rekke risikofaktorer disponerer for blodpropp. Blant annet dobles risikoen etter planlagte keisersnitt og firedobles etter akutte (252). Blødning eller infeksjon etter fødselen gir også en økt risiko for tromboembolisme.

Smerter og hevelse i leggene er normalt hos barselkvinner. Symptomer på dyp venetrombose vil være leggsmerter med hevelse, ømhet og økt temperatur. Under svangerskapet og etter fødselen vil de fleste tromboser være proksimale fra kneet og opp i lysken, og 80–90 prosent av tilfellene er på venstre side. Dyp venetrombose gir ofte få symptomer og kan vise seg som lave magesmerter eller forveksles med bekkenløsningssmerter. Tilstanden er sjelden alvorlig, men dersom deler av tromben løsner, kan den forårsake lungeembolisme. Symptomer på lungeembolisme er kort pust/åndenød, brystmerter, rask puls, hoste, blodig oppspytt og besvimelse (221).

I en systematisk oversikt som omfatter 13 studier (Tooher, 2010), har man vurdert effektive tiltak for å forebygge blodpropp hos barselkvinner (N=1774) (253). Man vurderte effekten av ulike former for tromboseprofylakse under svangerskapet og tidlig barselperiode. Det var vanskelig å vurdere effekten av tiltakene for flere relevante utfallsmål, særlig for utfall som oppstod sjelden, for eksempel dødelighet og tromboembolisk sykdom. Studiene var små og sammenlignet sjelden samme tiltak. Det er behov for flere større studier av god kvalitet.

Det er det viktig å være oppmerksom på symptomer og kliniske tegn som kan gi mistanke om dyp venetrombose og lungeembolisme, og gjøre nødvendige undersøkelser (221).

11.2.3 Høyt blodtrykk

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

Dokumentasjon: Klinisk erfaring. Svak/betinget anbefaling.

Behandling av gravide med høyt blodtrykk faller utenfor omfanget av denne retningslinjen, og det henvises til *Veileder i fødselshjelp* (221). Behandlingen under svangerskapet skal ta hensyn til fordeler og ulemper for både mor og barn. Det er viktig å få en korrekt diagnose for å behandle tilstanden. På klinikken vurderes mildt, moderat og alvorlig høyt blodtrykk. Tilstandens alvorlighet bestemmer hvordan kvinnen følges opp både under svangerskapet, under fødselen og i barseltiden.

Kvinner med preeklampsi er en risikogruppe som følges særskilt etter fødselen. Enkelte kvinner kan oppleve en forverring av sykdommen i løpet av 48 timer etter fødselen og følges derfor nøye. Ved utvikling av eklampsi skjer om lag 30 prosent av tilfellene etter fødselen (190). Total forekomst av eklampsi er 5/10 000 (221). Høyt blodtrykk som inntreer under svangerskapet, normaliseres vanligvis innen 12 uker etter fødselen.

Høyt blodtrykk i forbindelse med preeklampsi forsvinner vanligvis i løpet av 12 uker etter fødselen, men hos enkelte kan det ta 6 måneder. Sammenlignet med kvinner som har preeklampsi, har kvinner med høyt blodtrykk bare under svangerskapet mindre risiko for å ha vedvarende høyt blodtrykk etter fødselen (254).

Det er ikke publisert systematiske oversikter om forebygging av preeklampsi og eklampsi i barselperioden. Det er publisert en systematisk oversikt om forebygging og behandling av høyt blodtrykk (Magee, 2009) (N=313) (255). Oversikten omfattet åtte små randomiserte studier. Forfatterne konkluderte med at det er mangelfull kunnskap om hva som er den beste behandlingen av kvinner med høyt blodtrykk etter fødselen, og det er behov for flere kontrollerte studier av god kvalitet.

Ifølge internasjonale retningslinjer skal alvorlig høyt blodtrykk etter fødselen behandles (256). Det er mindre faglig enighet ved mildt til moderat høyt blodtrykk. Ved alvorlige tilfeller bør nefrolog/indremedisiner ved sykehuset delta i behandlingen. Kvinner med vedvarende mildt til moderat høyt blodtrykk følges opp av fastlege.

11.2.4 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.

Infeksjoner i forbindelse med fødsel og barselid kan føre til nedsatt livskvalitet hos barselkvinnen, gi henne mindre overskudd til det nyfødte barnet og iblant medføre alvorlig sykdom. I et internasjonalt perspektiv er infeksjoner en av de vanligste årsakene til sykdom og død hos barselkvinner. Tiltak for å forebygge infeksjoner hos barselkvinner er viktig både med tanke på pasientene og ressursbruken i helsetjenesten.

Når det gjelder behandling av forskjellige infeksjoner og grader av blodforgiftning, henvises det til *Veileder i fødselshjelp, Retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, Nasjonal kompetansetjeneste for amming* og lokale veiledere (172;221;257).

Ved behandling av kvinner som tidligere har født et barn med neonatal gruppe B-streptokokksykdom eller har fått påvist gruppe B-streptokokker (GBS) under det aktuelle svangerskapet, henvises det til følgende nasjonale retningslinje: *Gruppe B-streptokokker hos gravide og fødende kvinner. Forebygging av sykdom forårsaket av tidlig infeksjon med gruppe B-streptokokker hos nyfødte* (258).

11.2.5 Brystbetennelse

Dersom en kvinne har harde, smertefulle og rødflammede 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.

Brystbetennelse (mastitt) er en av de vanligste komplikasjonene hos barselkvinner. Forekomsten er mellom 10 og 20 prosent (259). Klinisk erfaring tyder på at en optimal start med hyppig amming og korrekt sugeteknikk, slik at brutt hudbarriere og sårhet på brystknoppene unngås, og god hygiene er av betydning for å forebygge brystbetennelse. Vanligvis fører brystbetennelse til ammeproblemer (80). I en systematisk oversikt har man vurdert om tiltak kan forebygge brystbetennelse

(Crepinsek, 2010) (n=960). Oversikten inkluderte fem studier (260), og man vurderte forskjellige tiltak, men studiene var vurdert til å være for små og av for dårlig kvalitet. Det er behov for flere kontrollerte studier.

Klinisk erfaring ved håndtering av mistanke om brystbetennelse:

- Et hardt, smertefullt, rødflammet bryst hos en ammende kvinne skyldes ikke nødvendigvis bakteriell brystbetennelse.
- Dersom kvinnen ikke er syk med høy feber, foreslås det å avvete antibiotikabehandling ett døgn. Brystet tømmes best mulig cirka annenhver time, noe sjeldnere om natten. Klinisk erfaring viser at dette ofte kan løse problemet.
- Helsepersonell bør ta bakteriologisk prøve av melk og brystknopp ved første kontakt med pasienten.
- Dersom antibiotikabehandling er nødvendig før prøvesvar foreligger, brukes penicillinastabilisert penicillin/klindamycin i tilstrekkelige doser i minst 10–14 dager.
- Paracetamol og ibuprofen reduserer allmenntilstand, smerter og inflammasjon og gjør det lettere for kvinnen å tømme brystet.
- Ammingen bør opprettholdes. Dersom innleggelse er nødvendig, legges barnet inn sammen med mor.
- Ved mistanke om abscess henviser man til ultralyd.

Tømming av abscess bør fortrinnsvis gjøres ultralydveiledet (261). Ved fortsatte symptomer tross negativt funn gjentas undersøkelsen etter en tid.

Brystbetennelse kan i sjeldne tilfeller også skyldes soppen *Candida albicans*. *Candida albicans* kan infisere brystet dersom kroppens immunforsvar blir svekket av stress eller sykdom, for eksempel som en komplikasjon etter antibiotikabehandling av en bakteriell brystbetennelse eller dersom barnet har trøske i munnen. Kvinner med tilbakevendende vaginal candidiasis er mer utsatt for å få soppinfeksjon i brystet under amming.

Mer informasjon om diagnostisering og behandling av brystbetennelse, *Candida albicans* og andre medisinske komplikasjoner i forbindelse med amming finnes på hjemmesidene til Nasjonal kompetansetjeneste for amming (108).

11.2.6 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.

Forekomsten av infeksjoner i genitaltraktus og endometritt etter vaginal fødsel er på om lag én-tre prosent. Ved keisersnitt opplever cirka åtte prosent av kvinnene en sårinfeksjon (262). Postoperative komplikasjoner ved keisersnitt har en forekomst som er ti ganger høyere enn ved vaginal fødsel (56).

Symptomer på endometritt er magesmerter/ømhet over livmoren, feber og illeluktende renselse. Diagnosen endometritt stilles når det ikke er funnet andre årsaker til feber. Infeksjon i genitaltraktus kan føre til en livstruende tilstand hos barselkvinnen. Når det gjelder risikofaktorer og forebygging av infeksjoner ved vaginal fødsel, er det ikke funnet systematiske oversikter. Det henvises til generell kunnskap om hygiene og forebygging av infeksjoner.

Barselveber defineres som oral temperatur ≥ 38 °C i to av de ti første dager etter fødselen (263). De to første døgnene er det normalt med noe forhøyet temperatur.

Forurensning av livmorhulen med bakterier fra vaginal- og/eller hudflora kan forårsake endometritt. Disponerende faktorer kan være langvarig vannavgang og gjentatte vaginalundersøkelser under fødselen (56).

11.2.7 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.

Fødeavdelinger har detaljerte prosedyrer for oppfølging av kvinner med bekkenbunnrift av grad III og IV, og retningslinjen henviser til disse og *Veileder i fødselshjelp* (221).

Forekomsten av fødselsrifter som omfatter endetarmens lukkemuskel, bekkenbunnrift av grad III og IV, er redusert på landsbasis de siste årene. I 2011 oppstod disse riftene i 1,5 prosent av vaginale fødsler uten inngrep, det er variasjoner i forekomst ved fødeinstitusjonene (264). Dersom man regner med vaginale fødsler hvor det ble benyttet tang og vakuu, er forekomsten 2,1 prosent av fødslene. I 2003 var forekomsten 4,3 prosent (265).

Det er påvist en rekke risikofaktorer, og det er en alvorlig diagnose for kvinnen som påvirker livskvaliteten dersom hun ikke får tilstrekkelig behandling og tilstanden oppdages. Dette er omtalt i en handlingsplan som er iverksatt for å forebygge alvorlige fødselsrifter (265). Perineumruptur av grad IV er forbundet med ufrivillig luftlekkasje, løs avføring, hastverkslekkasje, avføringslekkasje og redusert livskvalitet (266). En antar at bare en femtedel av pasientene oppsøker hjelp for problemene, og det er viktig at helsepersonell tar opp spørsmålet i kontakt med barselkvinner (267;268).

Veileder i fødselshjelp gir anbefalinger for diagnostikk og behandling (221). Veilederen anbefaler at kvinnen selv får informasjon om graden av skade, prognose og symptomer som kan inntreffe. Ved behov for smertelindring anbefales ikke-steroid antiinflammatoriske midler og paracetamol. For å forebygge forstoppelse og smerter ved avføring foreslås det å benytte laktulose i to uker. Kvinnen selv oppfordres til å ta kontakt med egen lege eller gynekolog dersom det oppstår problemer med lekkasje av avføring før avtalt kontroll.

Effekten av opptrening for å forebygge lekkasje av avføring er usikker. Anbefalt tidspunkt for å starte opptrening hos fysioterapeut for å forebygge lekkasje av urin og avføring varierer i ulike kilder, og det er vanskelig å anbefale et nøyaktig tidspunkt. Det samme gjelder tidspunkt for kontroll hos gynekolog eller annen spesialist. Mange av rådene når det gjelder behandling og oppfølging, er basert på klinisk erfaring og gode råd for praksis (221;269). På denne bakgrunn er det behov for mer forskning og utarbeidelse av en nasjonal retningslinje for ivaretagelse av kvinner med perineumruptur av grad III og IV.

Dersom det oppstår symptomer på lekkasje av avføring, bør det iverksettes videre utredning og behandling.

11.2.8 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.

Omkring 1/3 av alle barselkvinner har urinlekkasje (urininkontinens) (270). Urinlekkasje defineres som ufrivillig lekkasje av urin (271). Det er tre ulike former: anstrengelseslekkasje (stressinkontinens), hastverkslekkasje (urgeinkontinens) og en blandingslekkasje.

Forekomst av urinlekkasje er forbundet med instrumentell forløsning, treg avføring, barns fødselsvekt over fire kilo, fedme / høy kroppsmasseindeks (KMI) hos mor, antall tidligere fødsler, bekkenbunnskader etter tidligere gynekologiske operasjoner og sykdom som medfører hyppig hosting og nysing (272). Hos kvinner som har født barn, skyldes urinlekkasje i 50 prosent av tilfellene svangerskap og fødsel. Urinlekkasje under svangerskapet er en risikofaktor for lekkasje etter fødselen. Tilstedeværelse av risikofaktorer kan hjelpe klinikere med å fange opp kvinner med risiko tidlig og tilby behandling.

Det er stilt spørsmål om effekten av bekkenbunns Muskeltraining for å forebygge og behandle urinlekkasje under svangerskapet og etter fødselen. Det er publisert en systematisk oversikt som vurderer effekten av trening av bekkenbunnens muskler (Hay-Smith) (271). Oversikten inkluderte 15 studier (2009) (N = 6181 kvinner) hvor utfallsmålet var forekomst av urinlekkasje. Oversikten konkluderer med at det er en viss grad av dokumentasjon for at bekkenbunns Muskeltraining under svangerskapet og etter fødselen kan forebygge og behandle urinlekkasje. Det er blitt publisert sju randomiserte kontrollerte studier etter utgivelsen av oversikten (272-278). Studiene viser at den beste effekten oppnås ved treningsprogrammer som inneholder styrketrening av bekkenbunns musklene, og hvor deltagerne følges av fysioterapeut. Det er mulig at effektene er størst i enkelte grupper kvinner (førstegangsfødende, kvinner med hypermobil blærehals, kvinner som har født store barn eller barn som er blitt forløst med tang). Bare én studie har undersøkt effekten av bekkenbunns Muskeltraining med oppstart tidlig i barselperioden. Det ble konkludert med at treningen hadde god effekt (277;279).

Det er etter 2009 publisert to randomiserte kontrollerte studier som har undersøkt forebyggende effekt av bekkenbunns Muskeltraining (276;278). I Norge er det publisert tre randomiserte og en matchet kontrollert studie som undersøker effekten av trening av bekkenbunnens muskler under svangerskapet og etter fødselen (8-16 uker etter fødselen) for å forebygge og behandle lekkasje (217;280-283) Tre av studiene, hvor alle omfatter grundig opplæring i styrketrening av bekkenbunnen og oppfølging ved fysioterapeut, viser god forebyggende og behandlende effekt av tiltaket (217;281;282;284).

Det er ikke påvist uheldige effekter av bekkenbunns Muskeltraining under svangerskapet og etter fødselen. En studie påviste lavere forekomst av forlenget utdrivingsfase i gruppen som trente bekkenbunns musklene under svangerskapet, enn kontrollgruppen (284). Den systematiske oversikten og nye randomiserte studier konkluderer med at trening av bekkenbunnens muskler under svangerskapet og etter fødselen kan forebygge og behandle urinlekkasje (271).

11.2.9 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.

I Norge har det de siste 40 årene vært praksis å gi anti-D-immunglobulin til Rh D-negative kvinner som føder et Rh D-positivt barn (39). Profylakse med anti-D-immunglobulin har vært den vesentligste enkeltårsak til at hyppigheten av hemolytisk sykdom hos nyfødte er redusert. Likevel blir gravide hvert år immunisert selv om de har fått anti-D-immunglobulin etter siste fødsel, eller de kan bli "glemt". En av de viktigste årsakene til immuniseringen antas å være overgang av fosterblod til morens blod sent i svangerskapet.

For å redusere risikoen for Rh-immunisering er prenatal Rh D-profylakse tatt i bruk i flere land i Europa (177). Tall fra Storbritannia og Nederland tyder på at hyppigheten av Rh D-immunisering kan reduseres til ca. 0,3 prosent fra henholdsvis 1,2 og 0,67 prosent. Det er ikke tatt stilling til om denne metoden skal innføres i Norge. Videre vurdering anbefales i forbindelse med revisjon av retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Inntil spørsmålet er behandlet, vil dagens praksis gjelde.

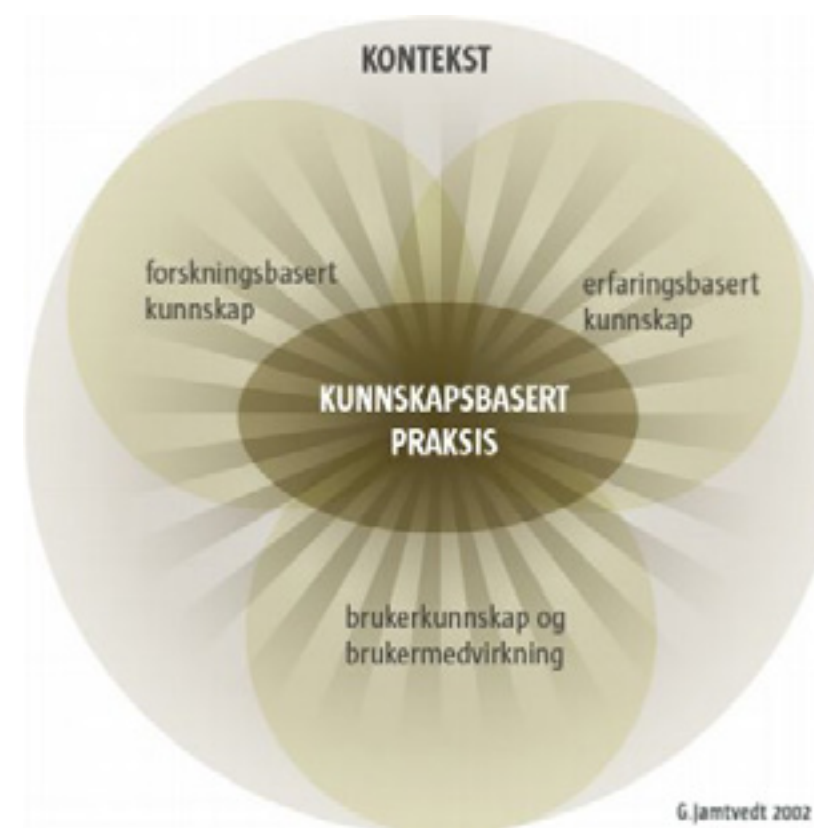
12 Metode og kunnskapsgrunnlag

Retningslinjen har fulgt anbefalt fremgangsmåte for utarbeidelse av faglige retningslinjer (14).

12.1 Kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen

Kunnskapsgrunnlaget omfatter tre hovedområder: pasient-/brukerkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap (figur 2). Områdene er vurdert på bakgrunn av verdier, ressurser, kriterier for prioriteringer, lover og forskrifter.

Figur 2: Kunnskapsbasert praksis.



Pasient-/brukerkunnskap og medvirkning er ivaretatt av brukerrepresentanter i arbeidsgruppen og i høringsprosessen. Representanter fra Liv laga, Ammehjelpen og Fødsel i fokus har bidratt til at brukernes perspektiv ble vurdert og synliggjort i forbindelse med utarbeidelse av retningslinjen. Gjeldende kriterier for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer er blant annet at brukerne skal vite om tiltak medfører nytte, ulempe eller en ekstra byrde. Individperspektivet er ivaretatt i retningslinjen. Familiene skal gjøres kjent med mulige konsekvenser der det er flere valg, og ha en reel mulighet til å forberede seg. Informerte beslutninger er et viktig prinsipp i pasientrettighetene, og det stilles krav til informasjonen som gis til brukere av tjenesten. Retningslinjen anbefaler en individuell omsorg, behandling og oppfølging.

Erfaringsbasert kunnskap omfatter den fag- og sakkunnskap fagpersoner opparbeider seg gjennom klinisk praksis og skjønn. Helsepersonellets erfaring er individuell, og fagpersoner kan utøve praksis forskjellig, noe som kan medføre ulike tilbud til pasientene. Arbeidsgruppen ble sammensatt for å få en bredest mulig innfallsvinkel til de forskjellige temaene og problemstillingene, slik at ulik klinisk erfaring ble synliggjort. Barsefeltet mangler oppdatert forskningsbasert kunnskap innenfor flere områder. Der det er påvist manglende forskning, har man valgt å støtte seg til erfaringer fra fagpersonene i arbeidsgruppen.

Forskningsbasert kunnskap er innsamlet og vurdert på en systematisk måte. Det er redegjort for metode for innhenting av forskningslitteratur i kapitlet om søkestrategi. Arbeidsgruppen har søkt etter og vurdert forskningsbasert kunnskap som handler om mor og barn i den første tiden etter fødselen.

Høringen av retningslinjen sørger for at brukere, fagpersoner og offentlige instanser har fått en mulighet til å påvirke anbefalingene og innholdet i barselomsorgen.

Andre forhold som kan påvirke retningslinjen og anbefalingene, er kartlegging av brukertilfredshet. Vi mangler en metodisk kartlegging av brukernes opplevelse av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge. Barselomsorgen yter tjenester til familier av ulik etnisk opprinnelse, og det er dessuten mangel på kunnskap om likeverdige tjenester.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er som den øvrige helsetjenesten underlagt overordnede føringer og rammeverk. Konteksten omfatter lover, forskrifter, verdier, forvaltning og prioritering av ressurser, noe som også påvirker tilbudet til brukerne sammen med kunnskapsgrunnlaget.

12.2 Prosess og samarbeid

Arbeidsgruppen hadde første samling i januar 2011. Gruppen har hatt seks samlinger med god deltagelse av medlemmene. Den var organisert i seks undergrupper som hadde noen egne samlinger. Sommeren 2011 ble det etablert en mindre redaktørgruppe som tok ansvar for å utarbeide et utkast til retningslinjen. Dette utkastet ble forelagt arbeidsgruppen på en samling i april 2012. Utkastet ble bearbeidet videre av Helsedirektoratet og dannet grunnlag for høringsutgaven i juni 2012. Høringsutkastet ble bearbeidet ytterligere etter høring. Utarbeidelsen av retningslinjene er et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet (om vaksiner), Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (metodestøtte) og Helsedirektoratet (organisering og gjennomføring).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har bidratt med opplæring i metode og kvalitetsvurdering av systematiske oversikter og utarbeidelse av Summary of Findings (SOF) i utvalgte systematiske oversikter.

12.3 Søkestrategi

Direktoratets bibliotek gjennomfører søk etter relevant litteratur. I tråd med anbefalinger for utarbeidelse av retningslinjer er det gjennomført et søk etter retningslinjer for barselomsorg fra andre land (februar 2011). Søket er gjennomført på engelsk og nordiske språk. Det er funnet en publisert kunnskapsbasert retningslinje for barselomsorgen fra Storbritannia (2006) (56). Denne er utarbeidet etter anerkjente metoder, og kvaliteten på retningslinjen er vurdert som god. Det er også publisert en veileder fra Danmark (2009) (57). Denne mangler referanser, men vurderinger og anbefalinger er i overensstemmelse med retningslinjen fra Storbritannia. Det er også publisert

anbefalinger for barselomsorgen fra WHO (1998). For enkelttemaer er det funnet publiserte nasjonale retningslinjer, og det er henvisning til disse i teksten hvor de omtales.

Det er gjennomført søk etter systematiske oversikter som beskriver effekt av tiltak for barselkvinner og friske nyfødte. Søkene er i hovedsak gjennomført fra mars 2011 til januar 2012. Følgende databaser er gjennomgått: Cochrane Database of Systematic Reviews, Ovid, PsycINFO, EMBASE og CINAHL. Dersom det er identifisert flere systematiske oversikter om samme tiltak, er oversikten av nyeste dato inkludert.

Når det gjelder amming, depressive symptomer, depresjon hos barselkvinner og bruk av pulsoksymetri, er det inkludert studier etter søkene som ble gjennomført før 2012. Disse søkene er ikke gjennomført systematisk. Det er publisert et høringsutkast for Nordiske næringsstoffanbefalinger i april 2013 med viktig informasjon som er inkludert i retningslinjen.

Det ble i tillegg også søkt etter oversikter i følgende databaser:
McMaster Plus: <http://plus.mcmaster.ca/helsebiblioteket/Search.aspx>
UP to DATE: <http://www.uptodate.com/index>
Best Practice: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html>

12.4 Sammenstilling og vurdering av dokumentasjonens kvalitet

Systematiske oversikter er vurdert ved hjelp av Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (285;286). Kliniske spørsmål, også kalt PICO-spørsmål (Population, Intervention, Comparison, and Outcome = populasjon, intervensjon, sammenligning og utfall), definerer hvilke tiltak eller intervensjoner som ble sammenlignet, for eksempel massasje kontra varmebehandling, hvilken populasjon intervensjonen var testet på, for eksempel barselkvinner med smerter i bekkenbunnen, og hvilke utfall som var av interesse, for eksempel positive utfall som mindre smerte eller negative utfall som bivirkninger.

Ved hjelp av GRADE ble følgende vurdert:

- hva slags studier som var inkludert i oversikten
- hvordan studiene var planlagt og gjennomført
- hvorvidt resultatene fra de enkelte studiene pekte i samme retning
- om deltagerne, tiltaket som ble prøvd ut, og de utfall som ble målt i studiene, var i overensstemmelse med spørsmålet oversikten skulle besvare
- om studiene hadde tilstrekkelig med data
- om det var en mulighet for at det forelå publikasjonsskjevhet

Kvaliteten på dokumentasjonen for utfall er vurdert. Dokumentasjonen er bedømt ut fra følgende kriterier: høy, middels, lav eller svært lav kvalitet. Jo høyere kvaliteten er, desto sikrere kan en være på at effekten av et tiltak er presist anslått (287-291).

Utfallsmålene i systematiske oversikter er dokumentert i en kunnskapsprofil: SOF-tabeller (SOF = Summary of findings). Utfallsmålene er kategorisert og vurdert etter tilliten til effekt-estimatene. Deretter er de oppsummert i resultattabeller. Fotnoter i tabellene forklarte hvilke kvalitetsvurderinger som ble gjort. I tabellene er det mulig å synliggjøre uenighet i arbeidsgruppen om tolkning av resultatene.

Høy kvalitet	Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.	⊕⊕⊕⊕
Middels kvalitet	Vi har middels tillit til effektestimatet: Effektestimatet ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det kan også være vesentlig ulikt den sanne effekten.	⊕⊕⊕⊖
Lav kvalitet	Vi har begrenset tillit til effektestimatet: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet.	⊕⊕⊖⊖
Svært lav kvalitet	Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.	⊕⊖⊖⊖

Fordelen med GRADE-verktøyet er at det kan føre til en mer konsekvent vurdering av kunnskapsgrunnlaget enn tidligere metoder (292). Uansett fastsatte metoder vil det vanligvis bli gjort subjektive vurderinger. Ved hjelp av GRADE synliggjøres vurderingene på en eksplisitt og etterprøvable måte. Vurderingene kan etterprøves av andre fordi det er tydelig hvilke vurderinger som er gjort, og det kan bidra til å klargjøre en eventuell usikkerhet.

12.5 Anbefalingenes gradering og styrke

Anbefalingene er utarbeidet på bakgrunn av dokumentasjonen som er beskrevet i kapittel 12.1. Arbeidsgruppen har vurdert om det er mulig å omsette anbefalingene i praksis. GRADE-verktøyet grupperer anbefalingene i enten sterke eller svake anbefalinger. Et høyt antall ja som svar på utsagn i tabellen nedenfor gir en svak anbefaling.

Faktorer	Vurdering	Forklaring
Fravær av dokumentasjon av høy kvalitet	Ja/Nei	
Usikkerhet om fordelene oppveier ulempene	Ja/Nei	
Usikkerhet eller variasjon i hvordan forskjellige interessenter vurderer endepunktene	Ja/Nei	
Usikkerhet om nytten er verdt kostnadene (medregnet implementeringskostnadene)	Ja/Nei	

Kunnskapsgrunnlag som behandles med GRADE-verktøyet, vil enten ha en sterk eller en betinget/svak anbefaling.

Sterk anbefaling	Det er klart at de ønskede effekter veier opp for de uønskede, og kostnadene er akseptable.	Anbefal
Svak/betinget anbefaling	Det er uklart om de ønskede effektene veier opp for uønskede effekter.	Foreslå

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 et tilbud om tiltaket, og beslutningstagere vil mene at tiltaket bør tilpasses som en rutine. 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 hjelpe pasienter til å ta en informert beslutning i samsvar med deres egne verdier. Beslutningstagere vil mene det er behov for omfattende debatt og involvering av interessenter.

Dersom det er svake anbefalinger, foreslås tiltak på bakgrunn av brukererfaringer eller kliniske erfaringer. Det poengteres at en svak/betinget anbefaling signaliserer at helsepersonell bør foreta en vurdering sammen med pasientene: Hva som er riktig å gjøre, vil avhenge av situasjonen for den enkelte pasient og pasientens egne verdier og preferanser. Disse anbefalingene benytter formuleringen *foreslår*.

Her er mer om kunnskapsbasert metode og utarbeidelse av retningslinjer:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/>

<http://www.gradeworkinggroup.org/>

13 Myndighetskrav

I dette kapitlet beskrives noen sentrale elementer i de rettslige rammebetingelsene som har relevans for barselomsorgen. Tjenesten ivaretas innen spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De sentrale rettslige rammebetingelsene for tjenesten finner vi derfor i både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Samvirket mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten styres dels av disse lovene, dels av avtaler mellom helseforetaket og den enkelte kommune.

Helsepersonell som yter helsehjelp innen barselomsorgen, er, i likhet med alt annet helsepersonell som yter helsehjelp, bundet av helsepersonelloven. Barselkvinnen og barnet er pasienter og har rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven.

De menneskerettslige forpliktelser som den norske stat har påtatt seg, er overordnede rettslige rammebetingelser. Sentralt i forbindelse med barselomsorgen står barnekonvensjonens artikkel 24, som er innarbeidet i norsk rett gjennom menneskerettsloven (293). Barnekonvensjonens artikkel 24 forplikter statene til blant annet å arbeide for å redusere spebarns- og barnedødelighet og sikre at det ytes nødvendig legehjelp og helseomsorg til alle barn og egnet helseomsorg for mødre før og etter fødsel. Menneskerettsloven med barnekonvensjonen kan leses i full tekst på www.lovdata.no.

13.1 Plikten til å sørge for barselomsorg

13.1.1 Spesialisthelsetjenestens plikt

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon innenfor egne helseregioner. I dette ligger det blant annet et ansvar for sykehus tjenester og akuttmedisinsk beredskap,¹ herunder å tilby et fødetilbud og et tilbud om barselomsorg for barselkvinne og nyfødt inntil disse kan utskrives og ivaretas av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det enkelte sykehus har en lovpålagt plikt til å yte pasientbehandling,² herunder plikten til å gi barselkvinne og nyfødt forsvarlig helsehjelp inntil disse kan utskrives. En annen oppgave er opplæring av pasienter og pårørende. Med pårørende menes blant annet barnets foreldre.³ Bestemmelsen er særlig utarbeidet med tanke på å ivareta behovene til pasienter med kroniske lidelser og sykdommer samt funksjonshemninger.

Spesialisthelsetjenestens ansvar for barselomsorg er ikke spesifikt behandlet i loven eller forarbeidene, og innholdet må fastsettes nærmere gjennom forskrifter, faglige retningslinjer og avtaler.

1 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a

2 Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8

3 Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8

13.1.2 Den kommunale helse- og omsorgstjenestens plikt

Kommunen har plikt til å tilby blant annet svangerskaps- og barselomsorgstjenester, helsestasjonstjeneste og fastlegeordning.⁴ Plikten til å tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester erstatter kommunens plikt etter den tidligere kommunehelsetjenesteloven til å ha jordmortjeneste, og omfatter også oppgaver som svangerskapsomsorg og -kontroll så vel som forebyggende arbeid.⁵

Forsvarlighetskravet forutsetter at personell som skal yte disse helsetjenestene, har den nødvendige faglige kompetanse. Forskrifter, nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer vil også være førende for hvilken kompetanse personellet må besitte.⁶

Svangerskaps- og barselomsorgen inneholder både helsefaglige undersøkelser, rådgivning og veiledning. Et fullverdig tilbud omfatter både forhold i svangerskapet, forberedelse til fødselen, forberedelse til tiden etter fødselen og det å bli foreldre. De fleste tiltak vil være individrettet, men tiltakene kan også være grupperettet, slik som fødselsforberedende kurs og foreldreveiledning.

Helsestasjonstjenesten er et helsefremmende og forebyggende tilbud til gravide og barn og ungdom fra 0 til 20 år. Helsestasjonen har flere viktige oppgaver innen barselomsorgen, blant annet ammeveiledning til barselkvinnen. Helsestasjonstjenesten har også en viktig forebyggende rolle og kan fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriksel og utviklingsavvik hos barnet.

Kommunene står fritt til å bestemme den ytre rammen for tjenesten, men kravet om egen helsestasjonstjeneste innebærer at hele eller deler av tjenesten ikke kan flyttes til fastlege, jordmor e.l. Det er i likhet med svangerskaps- og barselomsorgen ikke lovfestet profesjonskrav til personellet i helsestasjonstjenesten, men forsvarlighetskravet m.v. vil legge føringer. Nærmere beskrivelse av svangerskaps- og barselomsorgen samt helsestasjonstjenesten finnes i *forskrift av 3. april 2003 nr. 450 om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*.⁷

For øvrig vises det til forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste som stiller krav om at kommunen ansetter kvalifisert personell i de lovbestemte deltjenestene.⁸

13.1.3 Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler.⁹ Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Avtaler skal være inngått innen 1. juli 2012.

Loven setter visse minstekrav til hva avtalene skal inneholde. Av særlig relevans for barselomsorgen kan nevnes at samarbeidsavtalene skal omtale samarbeid om jordmortjenester.¹⁰ I Helsedirektoratets veileder om inngåelse av samarbeidsavtaler heter det blant annet at avtalen bør understøtte intensjonene i samhandlingsreformen og Stortingsmelding nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* og Helsedirektoratets anbefalinger i veilederen *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (2010) (12;17;19).

4 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 1 b), nr. 2 og nr. 4

5 Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 5

6 Prop. 91 L (2010-11) pkt. 15.5.2.3 s. 174.

7 Forskriften er opprinnelig hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, men blir videreført med hjemmel i den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven (revideres i 2012)

8 Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3

9 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

10 Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nr. 8.

I veilederen anbefales det at avtalen beskriver følgende:

- hvordan anbefalingene i *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* skal innfris
- hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom nivåene skal ivaretas
- hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal gjennomføres
- følgetjenesten, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste
- samarbeidsarenaer

Også andre forhold kan avtales i veilederen så lenge det skjer innenfor de rammene som settes av lov og forskrift. Avtalene kan for eksempel utvides til å omtale fastlegens, helsestasjonens og helsesøsterens rolle i barseloppfølgingen.

Gjennomarbeidede samarbeidsavtaler kan bidra til tydelig og effektiv fordeling av oppgaver og sikre en knirkefri overgang mellom de tjenester som på den ene siden spesialisthelsetjenesten og på den annen side den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal yte den første tiden etter at mor og barn er utskrevet fra fødeavdelingen.

13.2 Krav til forsvarlighet og pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet innebærer at pasienten ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på dette. Lovverket inneholder en rekke krav og virkemidler som skal bidra til pasientsikkerhet, så som forsvarlighetskravet, internkontroll, meldeplikter og tilsyn. Her omtales virksomhetens og helsepersonellens plikt til å yte forsvarlig helsehjelp.

13.2.1 Forsvarlig virksomhet

Både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven inneholder krav om at de helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven, skal være forsvarlige. Kravene er generelt formulert og gjelder all helsehjelp som ytes innen tjenestene, også barselomsorg.

I spesialisthelsetjenesteloven er kravet formulert som et pålegg om at de helsetjenester som tilbys eller ytes etter denne loven, skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører dem, blir i stand til å overholde lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.¹¹

I helse- og omsorgstjenesteloven er kravet til forsvarlighet formulert som et pålegg om at kommunen tilrettelegger tjenestene slik at

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud
- den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde lovpålagte plikter
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene¹²

Begrepet faglig forsvarlighet er en rettslig standard. Noen overordnede retningslinjer for hva som skal legges i begrepet, finnes i loven som vist ovenfor, men det nærmere innholdet må søkes i faget selv og hva som til enhver tid anses for å være god faglig praksis. Begrepets innhold endres med tiden og med fagets utvikling, ny forskning, verdioppfatninger og lignende.

Nasjonale faglige retningslinjer som denne beskriver allment aksepterte faglige normer, praksis og fremgangsmåter innen et bestemt område på utgivelsestidspunktet. På denne måten gir helsemyndighetene signaler om hva som anses som faglig forsvarlig på det aktuelle tidspunktet. Den som velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gjeldende nasjonale faglige retningslinjer, må være forberedt på å dokumentere og begrunne sine valg.

13.2.2 Helsepersonells plikt til å opptre forsvarlig

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.¹³ Hovedformålet med forsvarlighetskravet er å beskytte pasientene mot ukyndig behandling. Det innebærer en plikt til å opptre i samsvar med faglige normer og lovbestemte krav for yrkesutøvelsen. Et hovedelement i forsvarlighetskravet er at helsepersonell skal kjenne egne kvalifikasjoner og grenser for eget kompetanseområde.

Kravet innebærer at man sørger for at pasienten blir behandlet av personell med nødvendig kompetanse. Dersom personell i barselomsorgen blir stilt overfor en situasjon som ligger utenfor vedkommendes kompetanseområde, vil forsvarlighetskravet innebære plikt til å innhente råd og bistand fra – eller henvise pasienten til – noen som har de nødvendige kvalifikasjoner. Det kan for eksempel innebære at personell på barsel-/nyfødtdeling må innhente kompetanse fra annen spesialitet i helseforetaket, eller det kan innebære at personell på helsestasjonen henviser til spesialisthelsetjenesten. Dersom det avdekkes ulike oppfatninger eller uenighet mellom helsepersonell om undersøkelse og behandling av en pasient, har legen beslutningsmyndigheten. Uenighet må journalføres.

Forsvarlighetskravet innebærer videre en plikt til å holde seg faglig oppdatert. Det forventes at personell i barselomsorgen vedlikeholder og oppdaterer egen faglig kunnskap og til enhver tid er kjent med faglige anbefalinger og retningslinjer så vel som gjeldende lovregler på sitt arbeidsfelt.

Forsvarlighetskravet omfatter også helsepersonells opptreden i sin alminnelighet. Kravet dreier seg altså ikke bare om den faglige siden av yrkesutøvelsen, men også om en etisk standard. Helsepersonell plikter blant annet å behandle barselkvinnen og barnet med respekt, ta hensyn til deres integritet og verdighet og yte omsorgsfull hjelp.

13.3 Journalføring

Virksomheter hvor det ytes helsehjelp, må ha et pasientjournalssystem, slik at opplysninger om den enkelte pasient kan nedtegnes og gjenfinnes når det er behov for det.¹⁴ Plikten til å ha et journalssystem følger også implisitt av det generelle kravet til forsvarlig virksomhet.

Journalen skal sikre dokumentasjon om diagnostikk, behandling og vurderinger som er gjort, og dokumentere at helsepersonellet har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet.

Journalen skal føres av den som yter helsehjelpen.¹⁵ Det skal føres egen journal for hver enkelt pasient. Dette innebærer at det skal føres separate journaler for barselkvinnen og barnet.¹⁶

13 Helsepersonelloven § 4

14 Spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 og forskrift om pasientjournal § 4

15 Helsepersonelloven § 39

16 Helsepersonelloven § 39

11 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

12 Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. I tillegg til formalia vil det på en fødeinstitusjon og barselavdeling typisk være opplysninger om fødselsforløpet, hvilke undersøkelser og prøver som er tatt av mor og barn, og resultatene av disse, hvilken behandling som eventuelt er gitt osv. Journalen skal videre inneholde de opplysningene som er nødvendige for å oppfylle lovpålagte melde- og opplysningsplikter, for eksempel plikten til å melde om fødsel til folkeregisteret og Medisinsk fødselsregister eller plikten til å gi opplysninger til barneverntjenesten dersom det foreligger grunn til å tro at barn utsettes for mishandling, omsorgs- svikt m.v.¹⁷

For helsestasjon- og skolehelsetjenestevirksomheten er det utarbeidet en egen veileder i journal- føring. Den inneholder en grundig veiledning i dokumentasjonsplikt og en oversikt over informa- sjonsplikt, taushetsplikt, melde- og opplysningsplikter m.m.¹⁸

Det foreligger ved utgivelsen av denne retningslinjen ingen lov- eller forskriftspålagte krav om å føre elektronisk journal. Slike krav vil ventelig bli innført med en ny forskrift om krav til og sertifisering av IKT-systemer i helsesektoren. Forskriften er under utarbeidelse i Helse- og omsorgsdepartementet.

13.4 Taushetsplikt, informasjonsutveksling, opplysnings- og meldeplikt

13.4.1 Generelt om taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- og sykdomsforhold eller andre personlige forhold som helsepersonellet får kjennskap til i egenskap av å være helsepersonell.¹⁹ Med uttrykket "legems- eller sykdomsforhold" menes forhold knyttet til den enkeltes kropp og helsetilstand. Med "personlige forhold" siktes det til all annen informasjon om en konkret pasient, for eksempel fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.

Taushetsplikten er ikke bare en passiv plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkom- mende i å få adgang til taushetsbelagte opplysninger. Dette innebærer også å beskytte den muntlige dialogen mellom pasient og helsepersonell mot uvedkommende tilhørere og mot innsyn i journaler, korrespondanse og lignende. Taushetsplikten omfatter opplysninger helsepersonell får tilgang til både i og utenfor tjenesteforholdet, så lenge disse mottas i egenskap av at man er helse- personell.

Det finnes flere unntak fra taushetsplikten. Av særskilt betydning er opplysningsretten når pasienten selv samtykker til at opplysninger gis videre²⁰, og adgangen til å gi opplysninger til sam- arbeidende personell og annet helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten.²¹

Pasienten kan selv gi samtykke til at taushetsbelagte opplysninger blir gitt videre. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten

- ha fått informasjon om hvilke opplysninger som gis videre og til hvem
- ha forstått formålet med, rekkevidden av og konsekvensene av at opplysninger gis videre
- ha gitt samtykket frivillig
- når som helst kunne trekke samtykket tilbake

17 Helsepersonelloven § 40

18 IS-2700 Veileder i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

19 Helsepersonelloven § 21

20 Helsepersonelloven § 22

21 Helsepersonelloven §§ 25 og 45

13.4.2 Utveksling av informasjon mellom helsepersonell

Taushetsplikten gjelder i utgangspunktet også helsepersonell imellom, men det er gjort visse unntak fra dette utgangspunktet for at helsepersonell skal kunne yte forsvarlig helsehjelp.

Helsepersonelloven § 25 gir helsepersonell adgang til å gi helseopplysninger til samarbeidende helsepersonell som trenger opplysningene for å yte helsehjelp til pasienten.

Bestemmelsen gjelder i de situasjoner hvor helsepersonell samarbeider om helsehjelpen, og omfatter bare de opplysninger som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp. Opplysninger kan gis til samarbeidende personell både innenfor og utenfor virksomheten.

Helsepersonelloven § 45 gjelder for formidling av helseopplysninger utenfor samarbeidssituasjoner. Helsepersonell har i utgangspunktet også plikt til å gi tilgang til eller utlevere journal eller journal- opplysninger til annet helsepersonell. Det er kun opplysninger som er nødvendige og relevante for å yte forsvarlig helsehjelp som skal gis. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som har bistått under fødselen, kan for eksempel gi opplysninger videre til helsepersonell i kommunen som yter barselomsorg, for eksempel helsestasjonen eller fastlege, dersom disse trenger opplysninger om fødselen for å kunne yte kvinnen forsvarlig hjelp. Pasienten kan motsette seg utlevering av opp- lysninger.²²

Når barselkvinnen og barnet utskrives fra fødeinstitusjon, skal institusjonen sende epikrise til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å gi dem forsvarlig oppfølging. Barselkvinnen / barnets foreldre bør gis anledning til å opplyse hvem epikrisen skal sendes til. Dersom annet ikke opplyses, sendes barselkvinnens epikrise til henvisende helsepersonell, for eksempel legevaktslege eller jordmor, og fastlegen.²³ For barnets vedkommende sendes epikrise til helsestasjonen i hjem- kommunen. Dette gir grunnlag for at kommunene kan oppfylle sin plikt til å tilby barnet helse- kontroller m.v.

Det kan erfaringsmessig ta noen dager før helsestasjonen mottar epikrise. Helsestasjonen bør derfor motta varsel på annen måte for å sikre første hjemmebesøk så raskt som mulig. Dersom ikke barselkvinnen motsetter seg dette, kan helsestasjonen varsles om at fødsel har funnet sted, for eksempel ved en telefonhenvendelse fra fødeavdelingen til helsestasjonen.

Det foreligger ved utgivelsen av denne retningslinjen ingen lov- eller forskriftspålagte krav til at pasientjournal skal føres elektronisk, se kapittel 13.3 ovenfor, og følgelig heller ikke krav til elektronisk meldingsutveksling av journaler og epikriser.

13.4.3 Opplysningsrett og plikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten

Helsepersonell skal være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.²⁴ For eksempel kan spesialisthelsetjenesten i forbindelse med fødselen bli opp- merksom på forhold som den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel helsestasjonen, bør følge opp når barselkvinnen og barnet utskrives etter fødsel.

Helsepersonell kan gi opplysninger om slike forhold til helse- og omsorgstjenesten etter samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene kan gis uten hinder av taushetsplikt. Opplysningene kan gjelde både forhold ved barselkvinnen og forhold ved barnet.

22 Helsepersonelloven §§ 25 og 45

23 Forskrift om pasientjournal § 9 og forslag til ny § 45a i helsepersonelloven

24 Helsepersonelloven § 32

Helsepersonellet har videre plikt til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.²⁵

Uten hinder av taushetsplikten skal helsepersonell på eget initiativ gi opplysninger til barneverntjenesten dersom de har grunn til å tro at barn blir utsatt for mishandling og andre former for alvorlig omsorgssvikt. Alvorlig omsorgssvikt kan være at foreldre ikke sørger for nødvendig helsehjelp til et livstruende eller alvorlig sykt eller skadet barn, at foreldrene ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrequende barn får nødvendig behandling og opplæring, eller at situasjonen for barnet er så alvorlig at vilkårene for omsorgsovertagelse er til stede, eller at barnet viser vedvarende og alvorlige atferdsvansker. Opplysningsplikten gjelder også situasjoner hvor helsepersonell har en begrunnet bekymring for at barn kan bli utsatt for kjønnslemlestelse.²⁶ For helsepersonell i barselomsorgen vil opplysningsplikten både omfatte det nyfødte barnet, søsken og andre mindreårige som barselkvinnen/faren har omsorg for.

Det kreves ikke at helsepersonellet har sikker kunnskap om mishandling eller alvorlig omsorgssvikt, men det må foreligge forhold som underbygger mistanke, for eksempel kan observasjon av rusmiddelmisbruk eller rusmiddelpåvirkning være et forhold som i det konkrete tilfelle underbygger en mistanke. Forhold ved samspillet mellom foreldre og barn kan etter en konkret vurdering også underbygge mistanke om omsorgssvikt. Melder har imidlertid ingen plikt, og heller ingen rett, til å gå utenfor sitt arbeidsområde for å innhente ytterligere informasjon om barnets situasjon, jf. taushetsplikten. Det er barneverntjenesten som har det endelige ansvaret for å utrede saken og fremskaffe de bevis som er nødvendige for å fatte en korrekt avgjørelse.

Helsepersonell kan også bli *pålagt* å gi nødvendig informasjon til barneverntjenesten. Enten helsepersonellet gir opplysninger på eget initiativ eller etter pålegg, bør pasienten / pasientens foreldre så langt det er mulig og hensiktsmessig informeres om at opplysninger vil bli gitt til barneverntjenesten eller helse- og omsorgstjenesten. Man bør forsøke å innhente samtykke der slikt forsøk ikke kommer i strid med formålet med bestemmelsen, som er å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade på barnet/fosteret.

Dersom det er gitt opplysninger til barneverntjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal dette journalføres.²⁷

13.5 Pasientrettigheter

Når helsepersonell og annet personell i helsetjenesten yter helsehjelp til barselkvinnen og barnet, er begge å anse som pasienter, og de har rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven, herunder rettigheter knyttet til nødvendig helsehjelp, samtykke, medvirkning og informasjon.

13.5.1 Særlig om barnets rett til helsehjelp

Det nyfødte barnet har en selvstendig rett til helsehjelp på linje med mor, og de kravene som ellers stilles til blant annet forsvarlig helsehjelp, nødvendig helsehjelp og rett til øyeblikkelig hjelp. Dette gjelder for den nyfødte som for andre personer.

I tillegg har barn visse særlige rettigheter som følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 6. Særlig kan nevnes at barnet har rett til nødvendig helsehjelp i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg.²⁸ Kommunens korresponderende plikt til å yte barnet

helsehjelp, herunder helsekontroll og vaksinasjonsprogram, følger av henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og av forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll. Kontrollene kan også foretas hos for eksempel fastlege eller annet kvalifisert helsepersonell dersom foreldrene ønsker det. Både barselavdeling og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør på eget initiativ opplyse foreldrene om barnets rettigheter, kommunens helsestasjonstilbud og foreldrenes plikt til å medvirke.

Barn som er innlagt i helseinstitusjon, har rett til samvær med minst én av foreldrene under hele oppholdet. Dette gjelder også nyfødte som er innlagt på barselavdelingen, eller som blir overført direkte fra barselavdeling til nyfødtavdeling eller annen sykehusavdeling eller institusjon.²⁹

13.5.2 Samtykke og medvirkning

Pasienter over den helserettslige myndighetsalder (16 år) har som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og skal samtykke til all helsehjelp som blir gitt vedkommende.³⁰ Barselkvinnen kan derfor som utgangspunkt ikke gis annen helsehjelp enn den hun selv ønsker å motta.

Barselkvinnen har også rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, herunder delta ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.³¹ Hun kan imidlertid ikke kreve at helsepersonell skal handle uforsvarlig, for eksempel i strid med lov eller i konflikt med klare faglige retningslinjer.³² Barselkvinnens nærmeste pårørende har også rett til å medvirke, for eksempel ved å være til stede under ytelse av helsehjelpen, dersom barselkvinnen samtykker til dette og det ellers er forsvarlig.

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret skal samtykke til helsehjelp som gis til barnet, og har rett til å medvirke til helsehjelpen. Dersom barnevernet har overtatt omsorgen for barnet, er det barnevernet som har rett til å samtykke til helsehjelp på vegne av barnet.

Foreldrene skal samtykke i fellesskap dersom begge har del i foreldreansvaret. Det er to unntak fra dette utgangspunktet:

For det *første*³³ er det tilstrekkelig med den ene forelderens samtykke dersom helsehjelpen er ledd i den daglige og ordinære omsorgen, for eksempel behandling av øreverk, halsbetennelse, influensa, skrubbsår og lignende. Også en ordinær spedbarns kontroll må kunne anses som helsehjelp som ledd i den daglige og ordinære omsorgen.

For det *andre*³⁴ kan det på visse vilkår være tilstrekkelig med den ene forelderens samtykke dersom helsehjelpen går ut over rammen av den daglige og ordinære omsorgen. Unntaket er særlig laget med tanke på situasjoner hvor det er familiekonflikter, vold, overgrep og lignende. Bestemmelsen gjelder også situasjoner hvor det ikke er mulig å få avklart begge foreldrenes synspunkt på helsehjelp. Vilkåret er at kvalifisert helsepersonell mener at helsehjelpen er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Med kvalifisert helsepersonell menes helsepersonell som har nødvendig faglig innsikt på området til å foreta en forsvarlig vurdering av risikobildet og behovet for helsehjelp. Det vil som oftest være den legen, psykologen eller tannlegen som er ansvarlig for helsehjelpen som bør foreta disse helsefaglige vurderingene.

²⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2

³⁰ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1

³¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

³² Helsepersonelloven § 4

³³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 annet ledd nr.1

³⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 annet ledd nr. 2

²⁵ Helsepersonelloven § 33

²⁶ Veileder IS-1746 Forebygging av kjønnslemlestelse - tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse

²⁷ Forskrift om pasientjournal § 8

²⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1

Hva som vil kunne være skadelig for barnet, må vurderes konkret og vil til dels måtte bero på et helsefaglig skjønn hos helsepersonellet. Det må være risiko for noe mer enn en ubetydelig skade eller ubehag for barnet. Både skader av somatisk og psykisk art vil være omfattet. Barnet vil typisk kunne ta skade dersom livskvaliteten uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner så som næringsinntak eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. Barnet vil også kunne ta skade dersom manglende helsehjelp medfører at det på et senere tidspunkt ikke vil være mulig å yte fullt ut effektiv helsehjelp, for eksempel i tilfeller hvor det er viktig å sette i gang behandling tidlig for å unngå mer risikofylt eller omfattende behandling senere. Muligheten for å forebygge helseproblemer bør tillegges stor vekt i vurderingen av hva én av foreldrene kan samtykke til av helsehjelp.

Hvorvidt helsehjelp skal gis, og i så fall hva som kan gjøres etter bare én av foreldrenes samtykke, avhenger av helsepersonellens vurdering av hva som vil være forsvarlig helsehjelp i det konkrete tilfellet. Helsepersonellet vil måtte foreta en faglig vurdering av blant annet forholdets alvorlighet, tidsaspekt, konsekvenser av å utsette helsehjelpen og eventuell risiko ved å yte helsehjelpen. Før det ytes helsehjelp som foreldrene er uenige om, skal begge foreldrene så vidt mulig få si sin mening. Foreldrenes innsigelser og begrunnelser for disse vil også være en del av vurderingen.³⁵

Dersom *begge* foreldrene motsetter seg at barnet mottar behandling som er helt nødvendig ut fra hensynet til barnets beste, vil det være mulig å bringe saken inn for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Fylkesnemnda kan da gjøre vedtak om at barnet skal undersøkes og behandles mot foreldrenes ønske.³⁶

I situasjoner med øyeblikkelig hjelp kan helsepersonell ta beslutninger om helsehjelp til barselkvinnen eller barnet uten samtykke.³⁷ Helsepersonell må imidlertid også i slike situasjoner respektere myndige personers (over 18 år) ønske om ikke å motta blod eller blodprodukter, dersom ønsket skyldes en alvorlig overbevisning. Foreldre kan imidlertid ikke motsette seg at deres barn mottar blod og blodprodukter.³⁸

13.5.3 Informasjon

Både gyldig samtykke og medvirkning til gjennomføring av helsehjelpen forutsetter at pasienten eller den som tar beslutninger på vegne av pasienten, får informasjon. Barselkvinnen skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.³⁹ Hun skal også få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen må være så god at pasienten får tilstrekkelig grunnlag til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Informasjonen skal tilpasses barselkvinnens forutsetninger. Det betyr at informasjon skal tilpasses hennes alder, modenhet og erfaring samt kultur- og språkbakgrunn. Bruk av tolk kan være nødvendig for å oppfylle informasjons- og veiledningsplikten. Helsedirektoratet har utgitt IS-1924 Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjenesten (2011).

Foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til informasjon om pasienten når pasienten er barn under 16 år.⁴⁰ Dersom barnevernet har overtatt omsorgen og skal samtykke på vegne av barnet, har foreldrene som utgangspunkt likevel krav på informasjon. Helsepersonellet som yter

helsehjelpen, har plikt til å gi informasjon.⁴¹ Dersom det oppstår skade eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med behandling, har helsepersonellet plikt til å informere om dette. Pasienten skal også gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.⁴²

13.5.4 Journalinnsyn

Pasienten har rett til innsyn i sin pasientjournal og kan be om kopi eller utskrift. Det skal legges til rette for at samiskspråklige, fremmedspråklige og personer med funksjonshemminger kan utøve innsynsretten.⁴³ Pasienten har også på visse vilkår rett til retting og sletting i journal. Foreldre utøver retten til journalinnsyn m.v. på vegne av barn.⁴⁴

35 Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4

36 Barnevernsloven § 4-10

37 Helsepersonelloven § 7

38 Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9

39 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2

40 Pasient og brukerrettighetsloven § 3-4

41 Helsepersonelloven § 10

42 Pasient og brukerrettighetsloven § 3-2

43 Journalforskriften § 11

44 Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 5

14 Vedlegg

14.1 Medisinske kriterier for bruk av tillegg til mors (egen) melk

Kriteriene ble tatt i bruk ved oppstart av WHO's/ Unicefs prosjekt *Mor-barn-vennlig initiativ*. De ble senere oppdatert i 2012 da Helsedirektoratet utarbeidet Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen.⁴⁵

Normalt trenger friske, fullbårne, morsmelkernærte barn ingen form for tillegg.

Barn med økt risiko for lavt blodsukker og/eller lav vektøkning som skal ha spesiell oppfølging:

- premature under 37 ukers svangerskapsvarighet
- barn av mødre med alle typer diabetes samt særlig store barn over 4500 g
- vekstretarderte barn med vekt < 2,5-prosentilen, med særlig aktsomhet ved vekt under 2500 g
- dysmature barn med lite subkutant fett, "romskinnede"
- andre risikobarn, for eksempel etter lav apgarskår, tilpasningsforstyrrelser, vekttap > 8-10 prosent osv.

Overvåkning av barn med økt risiko:

- blodsuktermåling: 2 timer etter fødselen, eventuelt før ved mistanke om lavt blodsukker, deretter minst 3 ganger per døgn i 2 døgn, eventuelt hyppigere eller over flere dager etter beskjed fra barnelege; når mor har fått melk og blodsukkeret ligger stabilt, kan målingene avsluttes tidligere
- temperatur: 1. døgn x 3, inntak av blodsukker som øyeblikkelig hjelp ved temperatur < 36 °Celsius
- tilsyn av barnelege 1. døgn
- vurdering av daglig nettoveiling av barn med risiko

Amming:

Første amming gjøres vanligvis innen en time etter fødselen, med mest mulig uforstyrret hudkontakt og varme hos mor. Senere gjøres det etter barnets signaler, men ikke færre enn 8-10 ganger per døgn, og ikke med lengre intervall enn 3 timer. Heller ikke om natten skal det gå mer enn 3 (4) timer mellom måltidene. Barnet kan varsomt vekkes og stimuleres, men bør ha mye ro og nærkontakt hos mor. Normalt skal man ikke foreta veiing før og etter amming. Daglig nettoveiling vurderes for risikobarn.

Tiltak ved unormale funn:

Lavt blodsukker under 2,0 mmol/l meldes umiddelbart til barnelege, som avgjør videre opplegg.

Friske barn som kan die, legges straks til brystet. Første døgn får de normalt minst 2-7 ml hver gang. Ellers gis det straks 10-15 ml kaloritilskudd. Man må gjerne gi morsmelk fra bank.

Unngå flaske under etablering av ammingen. Bruk kopp/matesonde på brystet (hjelpbryst).

Lysbehandling er i seg selv ikke en indikasjon for å gi tillegg dersom mor har melk og barnet kan suge.

Kontakt alltid barnelege ved følgende symptomer:

- rask respirasjon (over 60 ganger i minuttet) og/eller blålig/blek hudfarge i ansiktet
- temperatur < 36 grader (hud-mot-hud-kontakt med mors brystkasse og armer etableres, dekk godt)
- uvanlig mye sitring (små skjelvninger som går over ved trøst og varme er normalt)
- mye gulping, dårlig suging, slapp muskulatur

Ved vekttap > 8 prosent av fødselsvekten gjelder følgende generelt for alle barn:

Observer om første veiing ble gjort før mekoniumavgang. Vurder igjen om barnet virker friskt.

Ved lite melk iverksettes økedager: Barnet legges til brystet med høyst 2 timers intervall (3 timer om natten) for å stimulere til økt melkeproduksjon. Det foretas daglig nettoveiling. Ammestilling samt sugetak og -effektivitet vurderes nøye. Sammen med mor legges det en konkret, journalført plan.

Dersom barnet fortsetter å gå ned i vekt tross disse tiltakene, vurderes bruk av bankmelk eller eventuelt morsmelkerstatning. Små, tynne, slappe barn tåler lite vekttap, og tillegg gis liberalt.

14.2 Arbeidsgruppen

Tabell 2: Oversikt over arbeidsgruppen og andre sentrale deltagere

Navn og tittel	Arbeidssted og organisasjon
Albrechtsen, Susanne. Avdelingsoverlege	Helse Bergen, Den norske legeförening
Bjørndalen, Trude Hartmann. Seksjonsleder	Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst
Chyba, Marianne. Ledende helsesøster	Bergen kommune, Norsk sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre
Egeberg, Katrine Syrdalen. Jordmor	Arendal kommune, Den norske jordmorforening
Eggen, Marian. Avdelingsjordmor	Helse Innlandet, Helse Sør-Øst
Eriksen, Beate Horsberg. Overlege	Helse Møre og Romsdal, Helse Midt
Gressgård, Inger Lise. Fagutviklingsjordmor	Helse Fonna, Helse Vest
Gudim, Hilde Beate. Fastlege	Fastlege, Den norske legeförening
Hansen, Mette Ness. Kommunejordmor	Helse Sør-Øst, Nasjonalt kompetansesenter for amming
Holt, Jan. Overlege	Nordlandssykehuset, Den norske legeförening
Hopstock, Elisabeth Grimmert. Helsesøster	Arendal kommune, Norsk sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre
Høgseth, Vibeke L.S. Brukerrepresentant	Ammehjelpen
Karlsen, Berit Granheim. Enhetsleder	Melhus kommune, Norsk sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre
Langeland, Bente. Fagutviklingsjordmor	Helse Bergen, Helse Vest
Lillegård, Berit. Jordmor	Helse Nord
Mogstad, Kari Løvendahl. Fastlege	Legene ved Skansen, Den norske legeförening
Mørkved, Siv. Professor	NTNU, Fysioterapeutforbundet
Nesje, Ellen Johannesen. Rådgiver	Vestre Viken, Den norske jordmorforening
Nielsen, Anna Hoven. Avdelingsjordmor	St Olavs hospital, Helse Midt
Nordrum, Kjersti. Avdelingsjordmor	Vestre Viken, Helse Sør-Øst
Nylander, Gro. Professor	Oslo universitetssykehus, Den norske legeförening
Perera, Erja Lilja. Leder, brukerrepresentant	Fødsel i fokus. Død i desember 2012.
Røste, Guro Kjølstad. Leder, brukerrepresentant	Liv laga
Steen, Torbjørn B. Seksjonsoverlege	Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst

⁴⁵ Revidert av neonatologene Jens Grøgaard, Jan Holt, Elisabeth Silberg, Rolf Lindemann, Morten Grønn og Alf Meberg samt overlege Gro Nylander ved Nasjonal kompetansetjeneste for amming.

Strømme, Lise Karin. Konserntillitsvalgt	Helse Vest, Norsk sykepleierforbund, Jordmorforbundet
Strømmen, Ingvild. Fagutviklingsjordmor	Helse Førde, Helse Vest
Westad, Stian. Seksjonsoverlege	Sykehuset innlandet. Helse Sør-Øst
Vogt, Helge. Pediatr	A-hus, Den norske legeforening

Andre medarbeidere

Sæterdal von Mehren, Ingvil. Forsker	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Reinar, Liv Merete. Seksjonsleder	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Sporstøl, Fønhus Marita. Forsker	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Skui, Hanne. Seniorrådgiver	Helsedirektoratet
Gundersen, Malene. Bibliotekar	Helsedirektoratet
Sletsjøe, Hege. Bibliotekar	Helsedirektoratet
Heinz, Marita. Bibliotekar	Helsedirektoratet
Grøgaard, Jens. Seniorrådgiver	Helsedirektoratet
Halvorsen, Bjørg. Seniorrådgiver	Helsedirektoratet. Fra januar 2013 Oslo universitetssykehus
Hay, Gry. Seniorrådgiver	Helsedirektoratet
Lande, Britt. Seniorrådgiver	Helsedirektoratet
Kråkmo, Olaug Pauline. Seniorrådgiver	Helsedirektoratet
Roland, Brit. Seniorrådgiver	Helsedirektoratet

15 Referanser

1. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet; 2003 Apr 3.
2. Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1154.
3. Rapport frå tilsyn med barselomsorga. Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødte barnet i barseltida? Helsetilsynet; 2011 Feb 2. 3.
4. Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Oslo: Helsetilsynet; 2012. 1.
5. Barselomsorg i betring. Rapport etter tilsyn med barselomsorgen i Sør-Rogaland 2009. Stavanger: Fylkesmannen i Rogaland; 2010.
6. Utviklingsstrategi for helsestasjons og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet; 2010. IS-1798.
7. Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet. Helsedirektoratet; 2010. IS-1815.
8. Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesta. 2002–2010. Statistisk sentralbyrå (SSB); 2011.
9. Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Oslo: Helsetilsynet; 2012. 1.
10. Iversen H, Holboe O, Kjøllesdal J. Kvinners og partners erfaringer fra svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Resultater fra en pilotundersøkelse. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011.
11. Iversen H, Kjøllesdal J. Utvikling av metode for å måle erfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. PasOpp-rapport nr 02 -2011.
12. St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
13. Innst. S. nr. 240 (2008-2009) om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. En gledelig begivenhet. Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
14. Veileder for utarbeidelse av kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Helsedirektoratet; 2012 Oct 1. IS-1870.

15. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw E, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Library*; 2010. Issue 3. Art. No.: CD005470. DOI: 10.1002/14651858.CD005470.pub2.
16. Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Helsedirektoratet; 2009. IS-1183.
17. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
18. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO (World Health organization) principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, perinatal, and Post partum Care Course. *Birth* 2002;28:201-7.
19. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veileder. Helsedirektoratet; 2010 Dec. IS-1877.
20. Meld. St. 34 (2012-2013) Melding til Stortinget. Folkehelsemeldingen God helse- felles ansvar. Helse- og omsorgsdepartementet; 2013 Apr 26.
21. Baby Friendly Hospital Initiative. World Health Organization; 2009.
22. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981.
23. Forskrift om morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger. Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet; 2008 Aug 13.
24. Endring morsmelkerstatningsdirektivet: om morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger til spedbarn og småbarn og om endring av direktiv 1999/21/EF.
25. Onis M, Garsa C, Oniango A, Martorell R. *The WHO Child Growth Standards*. 95 ed. Taylor & Francis; 2006.
26. Veiing og måling i helsestasjons og skolehelsetjenesten – Nasjonale faglige retningslinjer. Helsedirektoratet; 2011. IS-1736.
27. Wilson J, Junger G. *Principles and practice for screening for disease*. Geneva: World Health Organization; 1968.
28. Zahl PH. Vitenskapelige kriterier for innføring og evaluering av screening. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2012;123(3):333-6.
29. Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Sør-Øst. 2010.
30. Regional plan for Helse Midt Norge. 2010.
31. Regional plan for sangerskaps-, fødsel og barselomsorga i Helse Vest. 2010.
32. Regional plan Helse Nord. 2010.
33. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet; 2011 Jun 24.
34. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet; 2012. IS-1924.
35. Langslet Johnsrud G. *Gi hverdagen et LØFT*. Oslo: Gyldendal; 2004.
36. Brudal L. *Positiv psykologi*. Fagbokforlaget; 2006.
37. Å snakke om endring. Helsedirektoratet; 2009. IS-1401.
38. Rundskriv om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det kongelige helsedepartement; 2003 Apr 1. Rundskriv 1-4/2003.
39. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Sosial- og helsedirektoratet; 2005 Jun. IS-1179.
40. Pasient- og brukerrettighetsloven. Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet; 2013 Jan 1.
41. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet.
42. Hjälmhult E, Lomborg K. Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scand J Caring Sci* 2012;
43. Slinning K, Moe M, Smith E. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Gyldendal forlag; 2010.
44. Stern D. *Spedbarnets interpersonlige verden*. Gyldendal forlag; 2003.
45. Parks C, Hinde J, Marris P. *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock. Routledge; 2004.
46. Brandsæg I, Smith L, Torsteinsson S. *Mikroseparatorer*. Fagbokforlaget; 2011.
47. Jansen J, Weerth C, Riksen-Walraven J. Breastfeeding and the the mother – infant relationship: a review. *Dev Rev* 2008;28(4):503-21.
48. Klette T. Tid for trøst. En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner NOVA; 2007.
49. Cassidy J. Examination of the precursors of infant attachment security. I: Berlin L, Yair Z, Amaya-Jackson Z, Greenberg M, red. *Enhancing Attachment. Theory, research intervention, and policy*. New York: Guilford Press; 2005.
50. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 1998.
51. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD003519.

52. Christensson K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta Paediatr* 1996;85(11):1354-60.
53. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD001141.
54. Øverby N, Kristiansen A, Andersen F, Lande B. Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn 2006-2007. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1535.
55. Gamble JA, Creedy DK, Webster J, Moyle W. A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery* 2002;18(1):72-9.
56. Postnatal care. Routine postnatal care og women and their babies. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006 Jul. Nice clinical guideline 37.
57. Anbefalinger for svangeromsorgen. Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2009.
58. Henriksen L. Hva betyr helhet og kontinuitet i svangerskap, fødsel og barselomsorg for kvinner? En evaluering av Barsel hjemme, et prosjekt fra Oslo. Masteroppgave. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2010.
59. Nesje J E. Rapport om tidlig hjemreise- prosjekter - barselomsorg. 2010 Mar.
60. Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T. Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Paediatr* 2010;99(5):654-7.
61. Policy statement: Hospital stay for the healthy term newborns. *Pediatrics* 2010;(125):405-9.
62. De LD, Carnielli VP, Paolillo P. Neonatal hyperbilirubinemia and early discharge from the maternity ward. *Eur J Pediatr* 2009;168(9):1025-30.
63. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD002958.
64. Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide. Geneva: Safe motherhood. Division and reproductive health. World Health Organization; 1998.
65. Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Oslo: Helsetilsynet; 2012. 1.
66. Hjälmhult E. Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødte barn? *Sykepleien Forskning* 2009;4(1):18-26.
67. Marinussen P, Mo Oppdahl T, Harsvik T. Kartlegging av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen på St. Olavs Hospital. Norsk sykepleierforbund, SINTEF; 2009 May. A11728.
68. Goulet L, D'Amour D, Pineault R. Type and timing of services following postnatal discharge: do they make a difference? *Women Health* 2007;45(4):19-39.
69. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD001134.
70. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Folkehelseinstituttet*; 2007.
71. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics* 2009;123(4):e736-e751.
72. Bryanton J, Beck CT. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD004068.
73. Fra bekymring til handling. En veileder på rusområdet. Helsedirektoratet; 2012. IS-1742.
74. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Lovdata.
75. Nasjonal faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn; 2007.
76. Nasjonal faglig retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene til barnet når skolealder. Helsedirektoratet; 2011.
77. Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet; 2009. IS-1561.
78. Kosthåndboken. Kosthold i ulike livsfaser. Helsedirektoratet; 2011 Nov 27.
79. Nordiske næringsstoffanbefalinger, høringsutkast. 5. revisjon. 2013.
80. Tufte E. Norske kvinners ammeproblemer. Masteroppgave. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2005.
81. WHO(World Health organization) Global strategy for infant and young child feeding: The optimal duration of exclusive breastfeeding. 2001.
82. Horta L, Bahl L, Martines J, Victoria C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2007.
83. Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res* 2013;57
84. Øverby N, Kristiansen A, Andersen L, Lande B. Spedkost 12 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 måneder gamle barn. Spedkost 2006-2007. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1635.
85. Mor-barn vennlig initiativ i Norge. Prosjektrapport 1993- 1996. Oslo: Statens helsetilsyn; 1996. IK-2572.
86. Ti trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus. Med utvidede kommentarer. Nasjonal kompetansetjeneste for amming; 2007.

87. Liestol K, Rosenberg M, Walloe L. Breast-feeding practice in Norway 1860-1984. *J Biosoc Sci* 1988;20(1):45-58.
88. Stortingsmelding nr. 16. 2002-2003. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Helse- og omsorgsdepartementet; 2003 Jan 3.
89. St.meld nr 37: Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (1992-93). Helse- og omsorgsdepartementet; 1992.
90. Handlingsplan for et bedre kosthold. Oppskrift for et bedre kosthold (2007-2011). Regjeringen, departementene; 2007.
91. Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet; 2012 Jun 1. IS-1972.
92. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: U.S.: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011.
93. Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49(1):112-25.
94. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med* 2009;4 Suppl 1:S17-S30.
95. The influence of maternal, fetal and child nutrition on the development of chronic disease in later life. London: Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN); 2011.
96. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128(1):103-10.
97. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD003517.
98. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;(153):1-186.
99. Franceschini R, Venturini PL, Cataldi A, Barreca T, Ragni N, Rolandi E. Plasma beta-endorphin concentrations during suckling in lactating women. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96(6):711-3.
100. Kirsch P, Esslinger C, Chen Q, Mier D, Lis S, Siddhanti S, et al. Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *J Neurosci* 2005;25(49):11489-93.
101. Tu MT, Lupien SJ, Walker CD. Measuring stress responses in postpartum mothers: perspectives from studies in human and animal populations. *Stress* 2005;8(1):19-34.
102. Mezzacappa ES, Katlin ES. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychol* 2002;21(2):187-93.
103. Haga SM, Ulleberg P, Slinning K, Kraft P, Steen TB, Staff A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Womens Ment Health* 2012;15(3):175-84.
104. Hubner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and treating peripartum depression. *Dtsch Arztebl Int* 2012;109(24):419-24.
105. Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale TW. Depression, sleep quality, and maternal well-being in postpartum women with a history of sexual assault: a comparison of breastfeeding, mixed-feeding, and formula-feeding mothers. *Breastfeed Med* 2013;8:16-22.
106. Kristiansen A, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding in Norway. *Public Health Nutrition* 2012;13(12):2087-96.
107. Weimer J. The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. US Dept. of Agriculture. Food Assistance and Nutrition Research; 2001. 13.
108. Nasjonal kompetansetjeneste for amming. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-ammig/Sider/enhet.aspx>. 2012.
109. Anbefaling for spedbarnsernæring. Helsedirektoratet; 2001. IS-1019.
110. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. World Health Organization, UNICEF; 2009.
111. Medisinske kriterier for bruk av tillegg. Ti trinn/MBVI; 2012.
112. Aarts C, Hornell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics* 1999;104(4):e50.
113. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112(3 Pt 1):607-19.
114. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlieck EA, Oakes D, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111(3):511-8.
115. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding. A guide for the medical profession. 7 utg. Mosby, Elsevier; 2011.
116. Hvordan du ammer ditt barn. Helsedirektoratet; 2012 Jan 2. IS-2092.
117. Mattilsynet: <http://www.mattilsynet.no/mat/ernaering/spesiell/morsmelkerstatning>. 2012.
118. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von KR. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28(10):1247-56.
119. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005;162(5):397-403.

120. Early childhood obesity prevention policies. Consensus report. Washington DC: Institute of Medicine of the national academies; 2011.
121. Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet; 2010. IS-1736.
122. WHO (World Health organization). Child Growth Standards based on length/height, weight and age. WHO Multicentre Growth Reference Study Group; 2012.
123. Hart SL, Jackson SC, Boylan LM. Compromised weight gain, milk intake, and feeding behavior in breastfed newborns of depressive mothers. *J Pediatr Psychol* 2011;36(8):942-50.
124. Gagliardi L, Petrozzi A, Rusconi F. Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breast feeding. *Arch Dis Child* 2012;97(4):355-7.
125. Larsen JS, Kronborg H. When breastfeeding is unsuccessful – mothers' experiences after giving up breastfeeding. *Scand J Caring Sci* 2012;
126. Hvatum I. Hvordan erfarer kvinner som har opplevd stressfylt amming sitt samspill med barnet? Masteroppgave. Høgskolen i Bergen; 2012.
127. Palmer L, Carlsson G, Mollberg M, Nystrom M. Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *Int J Qual Stud Health Well -being* 2012;7
128. Haga SM, Lynne A, Slinning K, Kraft P. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scand J Caring Sci* 2012;26(3):458-66.
129. Haga S. Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet; 2012.
130. Moberg-Uvnäs K. Afsepending, ro og berøring; om oxytocinets lægende virkning i kroppen. København: Akademisk; 2006.
131. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics: American Academy of Pediatrics; 2012.
132. Prevention of HIV transmission through breastfeeding in resource-limited settings. www.uptodate.com; 2012.
133. CDC. Centers for Disease Control and Prevention; 2012.
134. Shi Z, Yang Y, Wang H. Breastfeeding of newborns by mothers carrying hepatitis B virus: a meta-analysis and systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(9):837-46.
135. Vertical transmission of hepatitis C virus. www.uptodate.com; 2012.
136. Spencer J, Abrams S, Drutz J, Kim S. Common problems of breastfeeding and weaning. www.uptodate.com; 2013 Mar 1.
137. Felleskatalogen. I: 2012.
138. Nordeng H, Eskild A, Nesheim BI. Post natal use of analgesics: comparisons between conventional postnatal wards and a maternity hotel. *Pharm World Sci* 2010;32(2):206-11.
139. Nordeng H, Havnen GC, Spigset O. Legemiddelbruk ved amming. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2012;132:1089-93.
140. Backe B, Noreng H. Graviditet, fødsel og amming. I: Norske legemiddelhåndbok. 2010.
141. Hale T. Medications and Mothers Milk. Hale Publishing; 2010.
142. Generell veileder i pediatri. Norsk barnelegeforening; 2011 Jul 1.
143. Adam M, Hudgins L. The Importance of Minor Anomalies in the Evaluation of the Newborn. *NeoReviews* 2003;4
144. Metodebok i nyfødtmedisin. Universitetssykehuset i Nord-Norge; 2012. 4. utgave.
145. Waanders AN. Clinical features and diagnosis of developmental dysplasia of the hip. 2012.
146. Shorter D, Hong T, Osborn DA. Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;9:CD004595.
147. Anbefalinger vedrørende utvidet nyfødtsscreening og screening av gravide for alloimmun trombocytopeni hos nyfødte/fosteret. Rapport fra en arbeidsgruppe. Helsedirektoratet; 2009.
148. Nyfødtsscreeningen. Kvinne- og barneklubben, Oslo universitetssykehus. Nasjonal behandlingstjeneste for screening av nyfødte og avansert laboratoriediagnostikk ved medfødte stoffskiftesykdommer; 2012.
149. Forskrift om genetisk masseundersøkelse av nyfødte. Lovdata. 2007 Jun 29. 742.
150. Anderssen SH, Andresen J, Andersen R, Sponheim L. Universell hørselsscreening av nyfødte med otoakustiske emisjoner. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2002;122(22):2187-9.
151. Nasjonal faglig retningslinje for undersøkelse av syn hørsel og språk hos barn. Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1235.
152. Davis A, Bamford J, Wilson I, Ramkalawan T, Forshaw M, Wright S. A critical review of the role of neonatal hearing screening in the detection of congenital hearing impairment. *Health Technol Assess* 1997;1(10):i-176.
153. Francis HW, Koch ME, Wyatt JR, Niparko JK. Trends in educational placement and cost-benefit considerations in children with cochlear implants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125(5):499-505.
154. Fortnum HM, Summerfield AQ, Marshall DH, Davis AC, Bamford JM. Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom and implications for universal neonatal hearing screening: questionnaire based ascertainment study. *BMJ* 2001;323(7312):536-40.
155. Joint committee on infant hearing year 2000 position statement. Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. 2002.

156. Oto-acoustic emission audiometry. MSAC application 1002. Final assessment report. Commonwealth Department of health and Age Care; 2002.
157. Mahle WT, Newburger JW, Matherne GP, Smith FC, Hoke TR, Koppel R, et al. Role of pulse oximetry in examining newborns for congenital heart disease: a scientific statement from the American Heart Association and American Academy of Pediatrics. *Circulation* 2009;120(5):447-58.
158. Altman C, Fulton D, Weisman L. Congenital heart disease (CHD) in the newborn: Presentation and screening for critical CHD. UpToDate; 2013 Feb.
159. Thangaratinam S, Brown K, Zamora J, Khan KS, Ewer AK. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379(9835):2459-64.
160. de-Wahl GA, Wennergren M, Sandberg K, Mellander M, Bejlum C, Inganas L, et al. Impact of pulse oximetry screening on the detection of duct dependent congenital heart disease: a Swedish prospective screening study in 39,821 newborns. *BMJ* 2009;338:a3037.
161. Role og Pulse Oximetry in Examining Newborns for Congenital Heart Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association and American Academy of pediatrics. 120 ed. *Circulation*; 2012.
162. Meberg A, Brugmann-Pieper S, Due R, Jr., Eskedal L, Fagerli I, Farstad T, et al. First day of life pulse oximetry screening to detect congenital heart defects. *J Pediatr* 2008;152(6):761-5.
163. Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD002776.
164. Postnatal care. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners; 2006.
165. Alqjst R, Grøgaard J, Hellenes K, Hofmann B, Myr R, et al. Samsoving, smokk ,amming og krybbedød- finnes det en sammenheng? Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008 Apr 28. 5.
166. Øyen N, Markestad T, Skaerven R, Irgens LM, Helweg-Larsen K, Alm B, et al. Combined effects of sleeping position and prenatal risk factors in sudden infant death syndrome: the Nordic Epidemiological SIDS Study. *Pediatrics* 1997;100(4):613-21.
167. SIDS and Other Sleep-Related Infant Death: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleep Environment. *Pediatrics* 2011;128(5):1341-65.
168. Trygt sovemiljø for spebarnet. Landsforeningen uventet barnedød, Helsedirektoratet, Rikshospitalet; 2008.
169. Barns miljø og sikkerhet 0-6 måneder. Helsedirektoratet; 2009.
170. IPID: <http://www.ispid.org/prevention.html>. 2012.
171. Healthy.children.org: <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/sleep/Pages/Preventing-SIDS.aspx>. 2012.
172. Retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten (ASP); 2009.
173. Veileder i akutt pediatri. Norsk barnelegeforening; 2007.
174. Neonatal jaundice. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010 May.
175. Norsk veileder for behandling av gulsott hos nyfødte. Etter konsensus i Subgruppen i nyfødttmedisin. Norsk Barnelegeforening; 2006.
176. Bhutani VK, Johnson LH. Jaundice technologies: prediction of hyperbilirubinemia in term and near-term newborns. *J Perinatol* 2001;21 Suppl 1:S76-S82.
177. Crowther CA, Middelton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD000020.
178. Hyperbilirubinemi, ikterus og hemolytisk sykdom. Metodebok i nyfødttmedisin. Tromsø: Universitetssykehuset i Nord-Norge; 2012.
179. Romagnoli C, De Lucca D, Zyppa A, et a. Could early serum bilirubin measurement be useful in predicting non-physiologic hyperbilirubinemia ? *Ital J Pediatr* 2005;(31):52-60.
180. Nizet V, Klein J. Bacterial sepsis and meningitis. I: Remington Jea, red. *Infectious diseases of the Fetus and Newborn Infant*. 7th utg. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2010. s. 222.
181. Phares CR, Lynfield R, Farley MM, Mohle-Boetani J, Harrison LH, Petit S, et al. Epidemiology of invasive group B streptococcal disease in the United States, 1999-2005. *JAMA* 2008;299(17):2056-65.
182. Puopolo KM, Eichenwald EC. No change in the incidence of ampicillin-resistant, neonatal, early-onset sepsis over 18 years. *Pediatrics* 2010;125(5):e1031-e1038.
183. Rørtveit S, Rørtveit G. Impetigo in epidemic and nonepidemic phases: an incidence study over 4(1/2) years in a general population. *Br J Dermatol* 2007;157(1):100-5.
184. Zupan J, Garner P, Omari AA. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD001057.
185. Verd S. Switch from antibiotic eye drops to instillation of mother's milk drops as a treatment of infant epiphora. *J Trop Pediatr* 2007;53(1):68-9.
186. Soppinfeksjon på brystet. *Candida albicans*. Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Oslo universitetssykehus; 2012.
187. Chetwynd EM, Ives TJI, Payne MP, Edens-Bartholomew N. Fluconazole for Postpartum Candidal Mastitis and Infant Thrush. *J Hum Lact* 2002;18(168)

188. Lov om vern mot smittsomme sykdommer. Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet; 1994 Aug 5.
189. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK- registerforskriften). Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet; 2003 Jun 20. 739.
190. Smittevern boka. Folkehelseinstituttet; 2009 Dec. Smittevern 18.
191. Vaksinasjonshåndboka: Veiledning i vaksinasjon for helsepersonell. eHåndbok. Folkehelseinstituttet; 2008 Apr 9. Smittevern 14.
192. Tuberkuloseveilederen. eHåndbok. Folkehelseinstituttet; 2010 Apr 7.
193. Tuberkulose faktaark. Folkehelseinstituttet; 2010 Dec 17.
194. Tuberculosis - Fact sheet. World health organization; 2010 Nov. 104.
195. Faglige retningslinjer for behandling og oppfølging av hiv i Norge. Norsk forening for infeksjonsmedisin; 2012.
196. MSIS-rapport. Folkehelseinstituttet; 2009. 1.
197. WHO (World Health organization) position paper. Rubella vaccines. Wkly Epidemiol Rec 2000;75:161-72.
198. Atkinson W, Pickering L, Watson J, et al. General immunization practices. I: Plotkin S, Orenstein W, red. Vaccines. Philadelphia: Saunders; 2004.
199. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev 2011;(3):CD002771.
200. Valbø A, et al. Evaluation and experience among car providers and care receivers. J Midwifery and Womens Health 2011;56:332-9.
201. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opgjordsmoen S, Schei. Barselomsorgen - Søvn, hvile og tilfredshet. Tidsskrift for Den norske legeforening 2012;120(12):1405-9.
202. Dørheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. Sleep 2009;32(7):847-55.
203. Nysæther H, Bærug A, Nylander G, Klepp K. Barna inne natt og dag - er barselkvinnene fornøyde? Tidsskr Nor Laegeforen 2002;122:1206-9.
204. Reinar L, Venheim A. Barseltiden og kvinnen. I: Brunstad A, Tegnander E, red. Jordmorboka. Oslo: Akribe; 2010. s. 533-66.
205. Stein GS. The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week. Journal of Psychosomatic. J Psychosom Res 1980;24:165-71.
206. Pitt B. Maternity blues. Br J Psychiatry 1973;122:431-3.
207. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Eur Spine J 2008;17(6):794-819.
208. Stuge B. [Diagnosis and treatment of pelvic girdle pain]. Tidsskr Nor Laegeforen 2010;130(21):2141-5.
209. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieen JH, Wuisman PI, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. Eur Spine J 2004;13(7):575-89.
210. Larsen PS, Strandberg-Larsen K, Juhl M, Svendsen SW, Bonde JP, Nybo Andersen AM. Occupational lifting and pelvic pain during pregnancy: a study within the Danish National Birth Cohort. Scand J Work Environ Health 2012;39(1):88-95.
211. Biering K, Nohr EA, Olsen J, Andersen AM, Hjollund NH, Juhl M. Pregnancy-related pelvic pain is more frequent in women with increased body mass index. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90(10):1132-9.
212. Bjelland EK, Eberhard-Gran M, Nielsen CS, Eskild A. Age at menarche and pelvic girdle syndrome in pregnancy: a population study of 74 973 women. BJOG 2011;118(13):1646-52.
213. Bjelland EK, Eskild A, Johansen R, Eberhard-Gran M. Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact of parity. Am J Obstet Gynecol 2010;203(2):146.
214. O'Sullivan PB, Beales DJ. Changes in pelvic floor and diaphragm kinematics and respiratory patterns in subjects with sacroiliac joint pain following a motor learning intervention: a case series. Man Ther 2007;12(3):209-18.
215. O'Sullivan PB, Beales DJ. Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders--Part 1: a mechanism based approach within a biopsychosocial framework. Man Ther 2007;12(2):86-97.
216. Mørkved S, Salvesen KA, Schei B, Lydersen S, Bø K. Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86(3):276-82.
217. Stafne F, Salvesen K, Romundstad P, Stuge B, Mørkved S. Does regular exercise during pregnancy increase lumbopelvic pain? A randomized controlled trial (Accepted). 2012.
218. Eggen MH, Stuge B, Mowinckel P, Jensen KS, Hagen KB. Can supervised group exercises including ergonomic advice reduce the prevalence and severity of low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy? A randomized controlled trial. Phys Ther 2012;92(6):781-90.
219. Stuge B, Veierod MB, Lærum E, Vollestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a two-year follow-up of a randomized clinical trial. Spine (Phila Pa 1976) 2004;29(10):E197-E203.
220. Stuge B, Lærum E, Kirkesola G, Vollestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. Spine (Phila Pa 1976) 2004;29(4):351-9.
221. Veileder i fødselshjelp. Oslo: Norsk gynekologisk forening, Den norske lægeforening; 2008.

222. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD004223.
223. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD006304.
224. Chou D, Abalos E, Gyte GM, Gulmezoglu AM. Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(3):CD008407.
225. Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD003931.
226. Lov om forbud mot kjønnslemlestelse (kjønnslemlestelsesloven). Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet; 1995 Dec 15.
227. Deussen AR, Ashwood P, Martis R. Analgesia for relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(5):CD004908.
228. Coad J, Dunstall M. *Anatomy and physiology for midwives*. 2th utg. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2007.
229. Oppenheimer LW, Sheriff EA, Goddman JD. The duration of lochia. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93(7):754-7.
230. Marchant S, Alexander J. A survey of womens experiences of vaginal loss from 24 hours to three months after childbirth (the BLiPP study). *Midwifery* 1999;15(2):72-81.
231. Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, Johanson JF, Lopez-Yarto M, Mills E, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4):CD004649.
232. Avsar AF, Keskin HL. Haemorrhoids during pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2010;30(3):231-7.
233. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD004077.
234. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Omfang og konsekvenser. Folkehelseinstituttet; 2011. 4.
235. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(6):426-33.
236. Glavin K, Smith L, Sørnum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci* 2009;23(4):705-10.
237. Berle JO, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 2003;76(1-3):151-6.
238. Størksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91(2):237-42.
239. Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, Skrondal A, Eskild A. Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25(1):15-21.
240. Fakta om fødselsdepresjon. Faktaark: www.fhi.no. Folkehelseinstituttet; 2013.
241. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
242. Adewuya AO. Early postpartum mood as a risk factor for postnatal depression in Nigerian women. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1435-7.
243. Seimyr L, Edhborg M, Lundh W, Sjogren B. In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25(1):23-34.
244. Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. Systematisk oversikt. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. 1.
245. Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og barsel. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten; 2013.
246. Kvalitetskrav til rutiner for rusmiddeltesting, hvor positivt analysesvar kan danne grunnlag for iverksetting av alvorlige sanksjoner. IS-14 ed. Helsedirektoratet: 2002.
247. Eggebø TM, Gjessing LK. Blødning etter vaginal fødsel. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2000;120(24):2860-3.
248. Reinart L, Venheim A. Plager og komplikasjoner. I: Brunstad A, Tegnander E, red. *Jordmorboka*. Oslo: Akribe AS; 2010. s. 565-6.
249. Dodd J, Dare MR, Middleton P. Treatment for women with postpartum iron deficiency anaemia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD004222.
250. Westad S, Backe B, Salvesen KA, Nakling J, Økland I, Borthen I, et al. A 12-week randomised study comparing intravenous iron sucrose versus oral ferrous sulphate for treatment of postpartum anemia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(9):916-23.
251. Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium--a register-based case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(2):233-7.
252. Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. Ante- and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case-control study. *J Thromb Haemost* 2008;6(6):905-12.
253. Tooher R, Gates S, Dowswell T, Davis LJ. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(5):CD001689.

254. Ferrazzani S, De CS, Pomini F, Testa AC, Mastromarino C, Caruso A. The duration of hypertension in the puerperium of preeclamptic women: relationship with renal impairment and week of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171(2):506-12.
255. Magee L, Sadeghi S. Prevention and treatment of postpartum hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD004351.
256. August P, Lockwood C, Bakris G, Barss V. Management of hypertension in pregnant and postpartum woman. *Up To Date*; 2013 Mar 1.
257. Nasjonal kompetansetjeneste for amming. 2012.
258. Nasjonal faglig retningslinje. Gruppe B- streptokokker hos gravide og fødende kvinner. Forebygging av sykdom forårsaket av tidlig infeksjon med gruppe B-streptokokker hos nyfødte. HelseDirektoratet; 2009. IS-1677.
259. Noreng H, Tufte E, Nylander G. Behandling av mastitt i allmennpraksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2003;123(21):3027-30.
260. Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(8):CD007239.
261. Ulitzsch D, Nyman MK, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. *Radiology* 2004;232(3):904-9.
262. Dyrkorn OA, Kristoffersen M, Walberg M. Reducing post-caesarean surgical wound infection rate: an improvement project in a Norwegian maternity clinic. *BMJ Qual Saf* 2012;21(3):206-10.
263. Berens P, Loockwodd C, Barss V. Overview of postpartum care. *Up to date*: 2013.
264. Kvalitetsindikatorer. Fødselsrifter grad III og IV. www.helsenorge.no: HelseDirektoratet; 2012.
265. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. Nasjonal handlingsplan. Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
266. Laine K, Skjeldestad FE, Sanda B, Horne H, Spydslaug A, Staff AC. Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90(4):319-24.
267. Macarthur C, Bick DE, Keighley MR. Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(1):46-50.
268. Guise JM, Morris C, Osterweil P, Li H, Rosenberg D, Greenlick M. Incidence of fecal incontinence after childbirth. *Obstet Gynecol* 2007;109(2 Pt 1):281-8.
269. The management of third- and fourth-degree perineal tears. 2. ed ed. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2007.
270. Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(12):1511-22.
271. Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD007471.
272. Dinc A, Kizilkaya BN, Yalcin O. Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(10):1223-31.
273. Dias A, Assis L, Barbosa A, Santini A, Picelli-Dias F. Effectiveness of perineal exercises in controlling urinary incontinence and improving pelvic floor muscle function during pregnancy. *Neurourol Urodyn* 2011;30(6):968.
274. Elliott V, Dumoulin C, Morin M, Lemieux M, Bourbonnais D. Physical therapy for persistent postpartum stress urinary incontinence: A seven year follow-up study (abstract). *Neurourol Urodyn* 2009;28(7):820.
275. Ko PC, Liang CC, Chang SD, Lee JT, Chao AS, Cheng PJ. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2011;22(1):17-22.
276. Mason L, Roe B, Wong H, Davies J, Bamber J. The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2010;19(19-20):2777-86.
277. Kim EY, Kim SY, Oh DW. Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training. *Clin Rehabil* 2012;26(2):132-41.
278. Stafne SN, Salvesen K, Romundstad PR, Eggebø TM, Carlsen SM, Mørkved S. Regular Exercise During Pregnancy to Prevent Gestational Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2012;119(1):29-36.
279. Chiarelli P, Cockburn J. Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;324(7348):1241.
280. Bø K, Haakstad LA. Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomised controlled trial. *Physiotherapy* 2011;97(3):190-5.
281. Mørkved S, Bø K. The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997;8(4):217-22.
282. Mørkved S, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. *BJOG* 2000;107(8):1022-8.
283. Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101(2):313-9.
284. Salvesen KA, Morkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ* 2004;329(7462):378-80.

285. GRADE: <http://www.gradeworkinggroup.org/>. 2011.
286. <http://ims.cochrane.org/revman/other-resources/gradepr/download> [computer program]. 2011.
287. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, et al. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence--indirectness. *J Clin Epidemiol* 2011;64(12):1303-10.
288. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, et al. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence--inconsistency. *J Clin Epidemiol* 2011;64(12):1294-302.
289. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D, et al. GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence--imprecision. *J Clin Epidemiol* 2011;64(12):1283-93.
290. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence--publication bias. *J Clin Epidemiol* 2011;64(12):1277-82.
291. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence--study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):407-15.
292. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008;336(7651):995-8.
293. FNs konvensjon om barnets rettigheter (barnekonvensjonen).



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