

# Nasjonalt faglig retningslinje for barselomsorgen

Konsekvenser for barselomsorgen  
i Helse Stavanger

Mai 2014



## Innhold

1	Innledning .....	2
2	Sammendrag .....	4
3	Organisering av barselomsorgen i Helse Stavanger .....	6
3.1	Organisering .....	6
3.2	Pasientforløp .....	7
4	Retningslinjens anbefalinger .....	10
4.1	God start for familien .....	10
4.2	Spedbarnets ernæring og vekst .....	13
4.3	Screening og undersøkelser av nyfødte .....	15
4.4	Kliniske tilstander hos nyfødte .....	16
4.5	Vaksiner og behandling for å forebygge smittsomme sykdommer .....	17
4.6	Barselkvinnens helse .....	18
4.7	Komplikasjoner hos barselkvinnen .....	19
5	Pasientforløp – helhetlig omsorg .....	22
6	Forbedringer – tiltak .....	24
7	Referanser .....	25

# 1 Innledning

## *Bakgrunn for rapporten*

HelseDirektoratet kom i desember 2013 ut med Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen « Nytt liv og trygg barseltid for familien». Retningslinjen er utarbeidet med utgangspunkt i St. meld.nr.12(2008-2009) «En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg»(1).

Dette er første gang det er utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Retningslinjen er basert på en nasjonal standard og internasjonalt anerkjent prosedyre og metode og vil være et virkemiddel for å sikre helhetlige pasientløp, god kvalitet og riktige prioriteringer innenfor barselomsorgen(2).

## *Mandat*

En intern arbeidsgruppe på avdeling Kvinneklinikken fikk i oppgave å vurdere hvilke konsekvenser retningslinjen vil ha for barselomsorgen i Helse Stavanger. Mandatet for gruppen var:

- Beskrive nå-situasjonen på barselpostene og samarbeidet med nyfødt intensiv og helsestasjonstjenesten
- Identifisere områder der barselomsorgen følger anbefalingene i retningslinjen
- Identifisere områder der barselomsorgen ikke følger retningslinjen
- Utarbeide forslag til forbedringer som er i tråd med anbefalingene

## *Avgrensning og presisering*

Retningslinjen omfatter barselomsorg både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den skal sørge for et barselløp preget av helhet og kontinuitet og barseltiden er i retningslinjen definert til å gjelde tiden frem til seks uker etter fødsel. Anbefalingene vil dermed gjelde uavhengig av om barselomsorgen er et tilbud i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidsgruppen har i sitt arbeid fokusert på anbefalingene som gjelder spesialisthelsetjenesten, men har også vurdert anbefalingene som gjelder pasientløp fra/til den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt anbefalingene som gjelder samhandling mellom disse tjenestene.

Retningslinjens anbefalinger gjelder friske barselkvinner og barn født til termin. Komplikasjoner kan oppstå for både barselkvinner og det nyfødte barnet, og retningslinjen inneholder en del anbefalinger i forhold til disse. Arbeidsgruppen har også vurdert anbefalingene i forhold til komplikasjonene som kan oppstå i barseltiden.

Barselomsorgen i Helse Stavanger omfatter også syke barselkvinner, barselkvinner med rusproblemer, premature og/eller syke nyfødte. For å sikre at disse pasientgruppene får riktig diagnostisering og trygg behandling må andre nasjonale veiledere og retningslinjer benyttes i tillegg. Arbeidsgruppen har vurdert den kartlegging og seleksjon som gjøres for å sikre at disse pasientgruppene får tilpasset omsorg og behandling. Selve behandlingen er ikke vurdert av arbeidsgruppen da denne er utenfor mandatet til retningslinjen.

## *Arbeidsmetode*

Arbeidsgruppen har gått igjennom anbefalingene i den nasjonale retningslinjen og sammenliknet disse med de rutiner for barselomsorgen som finnes i Helse Stavangers

kvalitetssystem, EQS. I tillegg er avdelingsinterne rutiner samt praksis på barselpostene vurdert. Retningslinjen er faglig normerende og den er et viktig hjelpemiddel for å oppnå forsvarlighet og en god kvalitet på tjenesten. Rutiner/praksis som var mangelfull eller ikke er i tråd retningslinjen vil som følge av arbeidet bli revidert.

*Arbeidsgruppens medlemmer*

Avdelingsjordmor barselenhet på hotellet Anne-Gro Mjærum(leder)

Ass. avdelingsjordmor barselpost 7G Torill Brådland

Avdelingsjordmor fødeavdeling Torbjørg Mosdøl

Avdelingsjordmor fødeloftet/spesialpost 7H Marianne Aadnøy

Barnepleier 7I Bjørg Kyte

Barnepleier 7G Heidi Jensen

Plasstillitsvalgt Hanne Selvik

Verneombud Grethe Nesvåg

Kvalitetskoordinator Lillian Helgø

Seksjonsoverlege v/nyfødtintensiv Siren Rettedal konfereres v/behov

## 2 Sammendrag

Et sammendrag av innholdet i hvert kapittel beskrives i det følgende:

### Kap. 3

I dette kapitlet beskrives nå-situasjonen på barselpostene og samarbeidet med helsestasjonene og nyfødtintensiv. Organisasjonskartet for kvinneklinikken presenteres og viser hvor i organisasjonen barselpostene befinner seg. Barselpostene 7I og 7G er to av fire poster under føde/barsel seksjonen. Helse Stavanger har differensiert barselomsorg og kvinnene selekteres etter fødselen i forhold til hvilken barselpost de skal ha sitt opphold på. 7I er en barselpost for friske kvinner og deres nyfødte. 7G er en barselpost for kvinner og/eller barn som trenger ekstra oppfølging.

Videre i kapitlet presenteres pasientløpet for svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen i Helse Stavanger og kommunen.

### Kap.4

I kapittel 4 gjennomgås selve anbefalingene i retningslinjen. Disse sammenlignes med rutiner i EQS og praksis på postene. Områder der rutinene er i tråd med retningslinjen, og eventuelle mangler og avvik, identifiseres. Anbefalingene er mange og omfatter: oppfølging av barselkvinner i forhold til veiledning og informasjon, tiltak i forhold til barselkvinnens helse og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå, spedbarnets ernæring, vekst og kliniske tilstander som kan oppstå, screening og undersøkelse av nyfødte, vaksiner og behandling for å forebygge smittsomme sykdommer.

### Kap.5

Retningslinjen påpeker 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. Helse Stavangers rutiner og praksis når det gjelder samarbeid med kommunen i forhold til barselomsorgen vurderes i dette kapitlet. Etablerte samarbeidsarenaer i form av faste samarbeidsmøter mellom jordmorledelsen på sykehuset, jordmortjenesten og ledende helsesøstre i kommunene, hospiteringsordninger og praksiskonsulentordningen beskrives. Innholdet i delavtale 8 «Samarbeidsavtale om jordmortjenester» vurderes også i dette kapitlet.

### Kap.6

I dette kapitlet presenteres konklusjonen på det arbeidet som er gjort av arbeidsgruppen. Praksis og rutiner for barselomsorgen i Helse Stavanger er hovedsakelig i henhold til retningslinjens anbefalinger. Det er identifisert at noen rutiner er mangelfulle og disse vil revideres i samarbeid med kvalitetskoordinator, slik at de blir i tråd med retningslinjen. Andre rutiner kan avvike litt, men ikke vesentlig eller i en slik grad at de krever revisjon. Hovedpunkter i forhold til *forbedringer/tiltak* presenteres:

- Pasientinformasjon. Det er identifisert at en del av pasientinformasjonen som barselkvinnene har krav på er mangelfull eller mangler helt. Denne informasjonen må revideres eller lages. Det er også behov for at mest mulig av pasientinformasjonen oversettes til engelsk.
- Jordmorsamtaler. Rutinene som benyttes i forbindelse med jordmorsamtalene på barsel bør revideres. De bør bli mer konkrete og utfyllende i forhold til all den

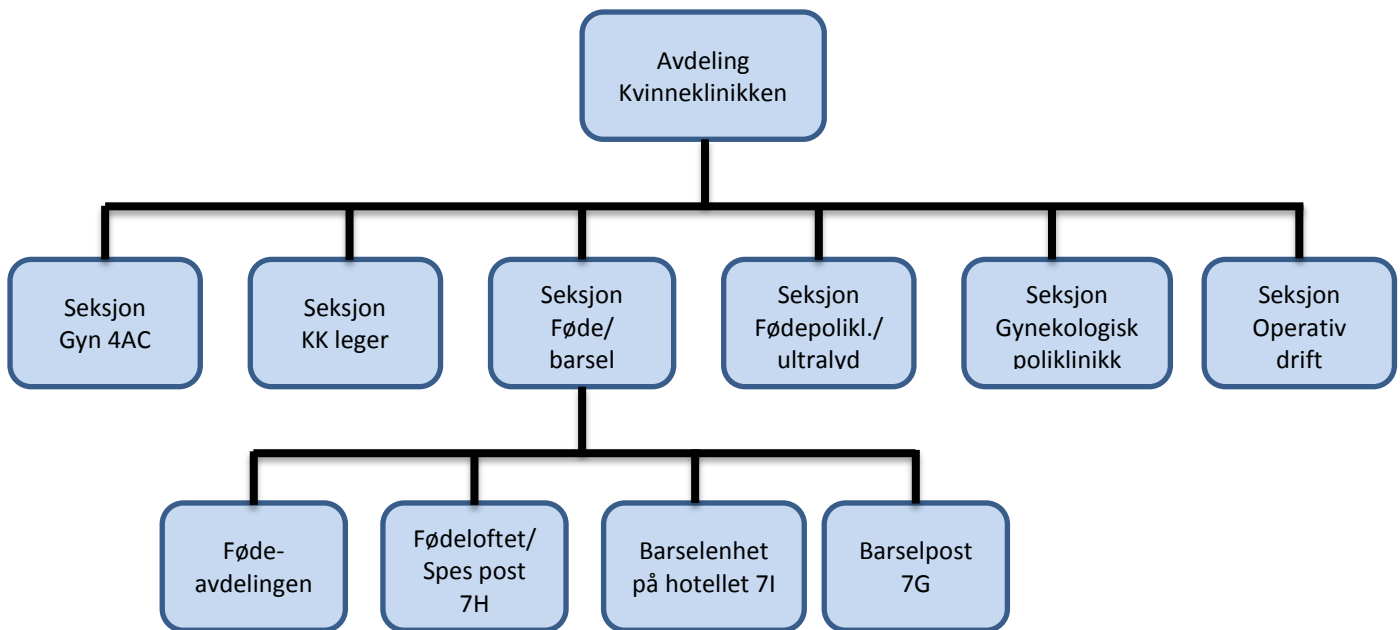
informasjon barselkvinnen har krav på i henhold til retningslinjen. På denne måten kan en sikre at kvinnene får tilstrekkelig og mest mulig ensartet informasjon.

- Amming. Praksis og rutiner i forhold til amming er hovedsakelig i henhold til retningslinjen. Det finnes ingen egen rutine i forhold til legemiddelbruk og amming/tilstander hvor amming er kontraindisert. Det bør vurderes å lage en slik rutine.
- Gulsott. Rutiner for kontroll av bilirubin hos nyfødte med mørk hud avviker fra anbefalingene i retningslinjen. Det må vurderes om disse skal revideres.
- Sårbare og risikoutsatte kvinner. Det mangler prosedyrer for identifisering og oppfølging av kvinner som har vært utsatt for vold, har psykisk og fysisk langtidssykdom, vanskelige psykososiale og økonomiske forhold m.m. Det bør settes fokus på metoder for å fange opp disse.
- Hjemreise. I påvente av elektronisk informasjonsutveksling mellom sykehus og helsestasjon sendes fødselsrapport pr. post til helsestasjonen og jordmor/fastlege. Barselkvinner har behov for forskjellig grad av oppfølging og de reiser hjem til forskjellig tidspunkt: rett etter fødsel, 1., 2. eller 3dje dag. For å sikre overgangen mellom sykehus/kommunen bør det vurderes å lage en egen rutine som omfatter de forskjellige pasientløpene.
- Romforhold 7G. Retningslinjen foreslår at det legges til rette for familierom på sykehuset. Det bør vurderes om pasientrommene på 7G skal gjøres om til familierom/enerom slik at flere kvinner har anledning til å ha med seg mann/partner.
- Samarbeid. Ved revisjon av delavtale 8 «Samarbeidsavtale om jordmortjenesten» bør det vurderes om avtalen kan utvides til å omfatte fastlegens, helsestasjonens og helsesøsters rolle i barselomsorgen.

## 3 Organisering av barselomsorgen i Helse Stavanger

### 3.1 Organisering

Avdeling Kvinneklubben er en av fire avdelinger i Kvinne- og barnedivisjonen.



#### *Differensiering*

Helse Stavanger har i dag en differensiert barselomsorg. Barselkvinnene og den nyfødte selekteres etter fødselen og overflyttes til barselavdelingen etter gitte [seleksjonskriterier](#). En ønsker på denne måten å fange opp kvinner og/eller nyfødte med særlige behov, og tilby disse individuell oppfølging. Samtidig er det viktig at alle barselkvinner får et tilbud som gjør dem i stand til å mestre egenomsorg og omsorg for barnet for eksempel i forhold til amming, spedbarsstell etc.

Kvinne- og barnedivisjonen foretok i 2009 en omorganisering av Fødebarselseksjonen etter «Differensieringsmodellen». På barselpostene ble det foretatt en omfordeling av barnepleierne og jordmødrene i forhold til hvilket kompetansebehov de to barselpostene har. På den måten har en søkt å få en bedre utnyttelse av ressursene/personellet samtidig som at barselkvinner og nyfødte får et best mulig tilbud. Personellet på begge barselposter består av jordmødre og barnepleiere.

#### *Barselenhet på hotellet – 7I*

2/3 av barselkvinnene har sitt opphold på 7I. Posten ligger i 1. etasje på St. Svithun hotell og har plass til 30 mødre og 30 barn. Hotellrommene består av 20 dobbeltrom og 10 enkeltrom.

På dobbeltrommene kan mannen eller annen pårørende bo sammen med barselkvinnen og den nyfødte. Pasientgruppen er friske kvinner som har hatt en normal fødsel og deres nyfødte. Barselkvinner med premature barn ned til uke 36 har også sitt barselopphold på 7I.

Kvinnene får tilbud om samtale med jordmor, ammeveiledning, veiledning i spedbarn- og badestell. Under oppholdet blir alle nyfødte undersøkt av barnelege, det foretas vektkontroll, hørselstest, nyfødtscreening og transcutan måling av nyfødte gulsott. En del av de nyfødte krever utvidet observasjon og oppfølging i forhold til ernæring, gulsott- og eventuell infeksjonsutvikling. Barn som får behandlingskrevende gulsott får lysbehandling på barselposten mens nyfødte med infeksjon overflyttes til nyfødt intensiv post 3D.

### *Barselpost 7G*

7G er en post for barselkvinner som trenger ekstra oppfølging etter fødsel, og som dermed ikke kan ha sitt barselopphold på hotellet. Det er plass til 20 mødre og 20 barn. Posten har 12 pasientrom, 4 av disse er enerom (2 rom er isolat m/eget toalett). Pasientgruppen består av kvinner som er forløst med keisersnitt, har hatt større blødninger etter fødsel, har rusrelaterte problemer eller har en sykdom som tilsier ekstra oppfølging. Barselkvinner som ikke kan gjøre seg forstått på norsk eller engelsk, og har behov for tolk, har også barselopphold på 7G.

I tillegg til tilbudet som er beskrevet ovenfor har barselkvinnene på 7G ofte behov for medisinsk behandling og/eller koordinerte tjenester fra eksempelvis sosionom, barnevernstjeneste, tolketjeneste m.m.

De mødrene som føder et prematurt barn før uke 36 eller får et alvorlig sykt barn har også sitt barselopphold på 7G. Premature barn kan, ved behov, få sondeernæring på denne barselposten. Dette gjelder barn som er født etter uke 34. Posten har dermed et nært samarbeid med nyfødtintensiv post 3D.

## **3.2 Pasientforløp**

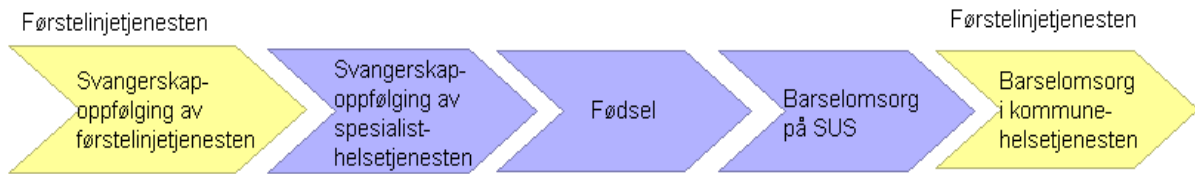
Det er i samarbeid med praksiskonsulent fra kommunen (sykepleier/jordmor) utarbeidet pasientforløp for svangerskap, fødsel og barselomsorg. Det er lagt til linker til aktuelle prosedyrer/informasjon og aktuelle nettsteder.

Disse er tilgjengelige i EQS via intranett: [Klikk her](#), og på internett via Avdeling Kvinneklinikkens side på sus.no: [klikk her](#)

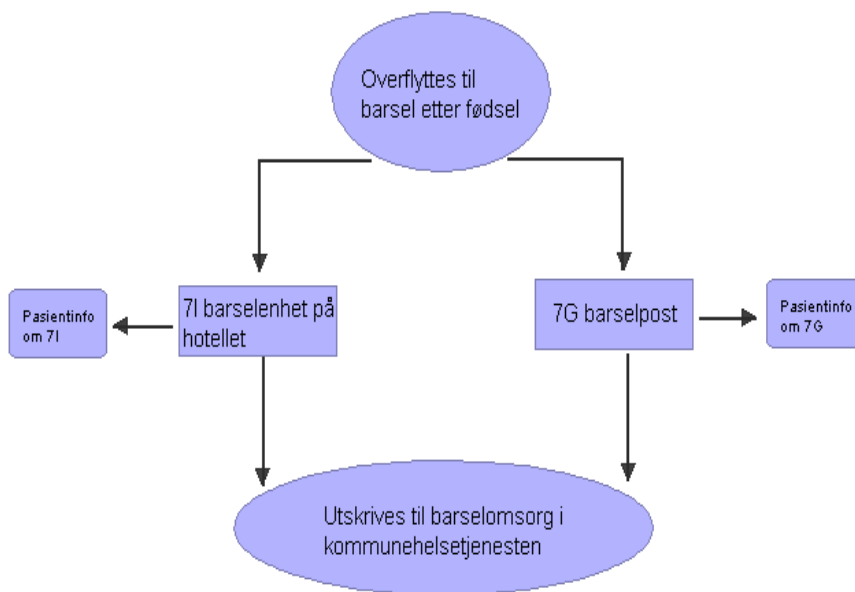
Linkene er ikke aktive i bildene som presenteres her:



## Pasientforløp for Svangerskap, fødsel og barselomsorg



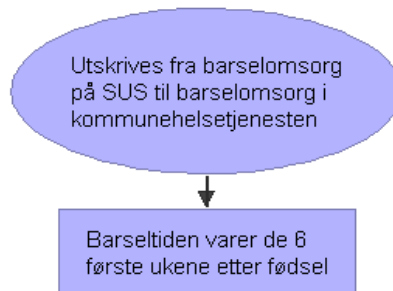
## Pasientforløp for: Barselomsorg på SUS



Pasient- og pårørendeinformasjon og opplæring

Aktuelle eksterne nettsider

## Pasientforløp for: Barselomsorg i kommunehelsetjenesten



Etter at du har kommet hjem:

Ta kontakt med helsestasjonen pr telefon første arbeidsdag etter hjemkomst for avtale om veiling av barnet og ammeoppfølging/ernæringsoppfølging.

Helsesøster tar kontakt for å avtale videre oppfølging, det kan ta noen dager før helsestasjonen mottar fødselsrapport

Tilbud om hjemmebesøk av helsesøster og evt. jordmor

Tilbud om barselgruppe i noen kommuner

Når barnet er 6 uker; konsultasjon hos helsesøster og helsestasjonslege

Viktige tema i denne perioden:

Amming/ ernæring/ vektutvikling

Veiledning ut fra familiens behov og standardprogram

Normal utvikling/ observere barnet

Standard vaksinasjonsprogram, første vaksine gis når barnet er 3 måneder gammelt

Samspill tilknytning

[Link til kommunenes hjemmeside og telefonnummer](#)

## 4 Retningslinjens anbefalinger

I det følgende vil retningslinjens anbefalinger sammenlignes med rutiner og praksis for barselomsorgen i Helse Stavanger. Overskriftene i kursiv under hvert delkapittel er de samme som overskriftene i retningslinjens sammendrag av anbefalingene. Det vil da være enkelt for leseren å finne tilbake til selve anbefalingene selv om disse ikke gjentas i sin helhet i denne rapporten.

### 4.1 God start for familien

#### *Kroppskontakt med barnet – tilknytning*

Uforstyrret fysisk kroppskontakt mellom mor og barn umiddelbart etter fødselen har betydning for å etablere ammingen og tilknytningen mellom mor og barn. Kontakten umiddelbart etter fødselen fremmer fysiologiske og psykologiske prosesser. Retningslinjen anbefaler at det legges til rette for at « mor og barn skal ha uforstyrret hudkontakt i minst en time eller til ammingen starter naturlig. Ved keisersnitt skal det legges til rette for hudkontakt mellom mor og barn så langt det er mulig».

Denne anbefalingen er i henhold til pkt. 4 i [«Ammeprosedyren»](#) i EQS. Ved ankomst arselavdelingen får barselkvinnene i tillegg muntlig og skriftlig informasjon ([Velkomstsamtale 7I/7G](#)) om viktigheten av hudkontakt mellom mor og barn også de første dagene etter fødselen fordi barna erfaringsmessig virker roligere, de gråter mindre og mødrene slapper bedre av.

#### *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. Ammefrekvensen i Norge er høy og er et resultat av systematisk innsats fra fagpersoner, legfolk (f.eks. Ammehjelpen) og nasjonal helsepolitikk: «Hovedmålet er å fremme amming og tidlig kontakt mellom mor og barn. Flest mulig barn skal få morsmelk i tråd med Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger om fullamming i 6 måneder og en samlet ammeperiode på minst 1 år. Flest mulig mødre skal amme med færrest mulig problemer.»

Helse Stavanger ble godkjent som «Mor-barn-vennlig» sykehus i 2007 og re-sertifisert i 2013. Et av kravene er at sykehuset skal ha en ammeprosedyre som alle ansatte på fødebarsel postene skal arbeide etter. I henhold til ammeprosedyren skal alle barselkvinner tilbys individuell ammeveiledning, og førstegangsfødende og kvinner som tidligere har hatt ammeproblemer, tilbys ekstra oppfølging (pkt5).

Anbefalingen om individuell ammeveiledning gjelder både på opphold i sykehus og i hjemmet, særlig den første tiden etter fødselen inntil kvinnen mestrer ammingen, men også videre i ammeperioden. I ammeprosedyren pkt. 10 heter det at en skal « Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingen og helsestasjonen». Barselkvinnene får under oppholdet informasjon om tilbudet ved Helsestasjonen. De får telefonnummeret til helsestasjonen og anbefales å kontakte «sin» helsestasjon første virkedag etter hjemkomst og hvis det oppstår problemer med amming etter hjemkomst. Ved utskriving skal det i Fødselsrapporten som kvinnen får med seg, dokumenteres amme- og ernæringsstatus. Fødselsrapporten tar mødrene med seg ved første besøk på Helsestasjonen.

### *Samtaler etter fødselen*

Retningslinjen foreslår at kvinnene får anledning til å snakke med jordmor eller lege om sin opplevelse av fødselen (post partum samtale), men det anbefales ikke formell samtale etter fødselen som har som formål å forebygge psykiske plager. I tillegg foreslås det en-to strukturerte individuelle samtaler under barseloppholdet før utreise fra fødebarselavdeling. Samtalene bør omfatte generell informasjon om barnet, kvinnens helse og plan for oppfølgingen etter utreise fra sykehuset.

Alle barselkvinner som har oppholdet sitt på 7I eller 7G får to strukturerte samtaler med jordmor før hjemreise. Ved barselpost 7I har en i tillegg fellesundervisning, hovedsakelig om amming, men også om kvinnens og barnets helse. Ved ankomst barselpostene får kvinnene en velkomstsamtale der de får muntlig og skriftlig informasjon om oppholdet, hvilke undersøkelser som skal gjøres av barnet, tilbud om nyfødtscreening, hørselstest m.m. Under velkomstsamtalen forsøker en å kartlegge individuelle behov, deriblant tidligere ammeerfaring.

Før hjemreise har kvinnene en [utreisesamtale](#) med jordmor. Under denne samtalen gjennomgås fødselen og kvinnen får anledning til å snakke om sin opplevelse. Kvinnen får utskrift av partogrammet (fødselsforløpet) og kopi av «Helsekortet». Kvinner som har hatt traumatiske fødselsopplevelser får tilbud om ytterligere samtale og oppfølging ved Fødepoliklinikken noen uker etter fødselen. Time bestilles av jordmor før utreise fra barselposten.

Under utreisesamtalen tar en utgangspunkt i kvinnens individuelle behov for informasjon, men alle får generell informasjon om barnet og kvinnens helse. En forsøker videre å kartlegge hjemmesituasjonen og informerer om hvilken oppfølging som gis fra helsestasjonen etter utreise fra sykehuset.

### *Utreise fra føde-/barselavdelingen*

Retningslinjen anbefaler at sykehusoppholdets varighet tilpasses kvinnen og den nyfødtes behov. Vurderingen skal gjøres i samråd med kvinnen. Hjemreise forutsetter et organisert barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/parter.

Friske barselkvinner har i Helse Stavanger tilbud om 3 dagers liggetid. De fleste førstegangsfødende benytter seg av dette tilbudet, men en del flergangsfødende reiser hjem første eller andre dag. Dette er gjerne mødre som har god ammeerfaring fra tidligere og som føler seg trygg på å reise hjem tidlig. Disse kommer tilbake til sykehuset og får tatt nyfødtscreeningen poliklinisk. Vektkontroll av barnet gjøres på helsestasjonen. Noen få mødre reiser hjem direkte fra fødeavdelingen/fødeloftet 7H, etter at barnet er undersøkt av barnelege. Disse kommer tilbake til kontroll 3. dag etter fødselen til den fødeavdelingen de fødte på. ([Tidlig hjemreise](#))

En del av de nyfødte trenger utvidet oppfølging i forhold til ernæring og observasjon av eventuell gulsottutvikling. Disse pasientgruppene får gjerne et forlenget barselopphold. I en del tilfeller kan denne oppfølgingen gjøres poliklinisk. De første fem dagene etter fødselen gjøres dette på barselposten, der de nyfødte får tatt vektkontroll og blodprøver. Fra sjette dag gjøres dette på Barnepoliklinikken.

### *Hjemmebesøk*

Retningslinjen har en del anbefalinger om hjemmebesøk av jordmor etter fødselen. Det er kun et fåtall av de 18 kommunene i nedslagsfeltet til Helse Stavanger som tilbyr besøk av jordmor etter fødselen. Sykehuset har ikke tilbud om hjemmebesøk.

Retningslinjen har også en del anbefalinger om hjemmebesøk av helsesøster. Arbeidsgruppen har ikke vurdert disse anbefalingene da dette er et ansvar hos den kommunale helsetjenesten. For øvrig vises til pasientforløpet for barselomsorgen i kommunehelsetjenesten som er beskrevet i kapittel 3.2.

### *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.» Kvinner som har behov for tolk får sitt barselopphold på 7G. Rutinen [Tolketjeneste](#) benyttes som redskap ved jordmorsamtalen.

Retningslinjen foreslår ellers at foreldrene mottar muntlig og skriftlig informasjon om barseltiden. Muntlig informasjon får foreldrene, som tidligere nevnt, i strukturerte jordmorsamtaler eller av barnepleier når det gis ammeveiledning eller veiledning i stell av barnet.

Arbeidsgruppen har gjennomgått den skriftlige informasjonen som foreldrene får. Informasjonen som gis på norsk/engelsk om avdelingen og barseltiden er tilstrekkelig på 7I. Denne informasjonen kan omskrives og tilpasses 7G slik at pasientene ved denne avdelingen får tilsvarende informasjon. Informasjon vedrørende amming og nyfødtscreening er utarbeidet av henholdsvis «Ammehjelpen» og Helsedirektoratet og finnes på flere språk. Arbeidsgruppen foreslår at pasientinformasjonen som gis i forbindelse med funn ved barnelegeundersøkelsen (f.eks. bilyd, hofteleddsdisplasi, etc.) oversettes til engelsk. Informasjon om nyfødtgulsott burde vært oversatt til flere språk.

### *Psykososial og psykologisk støtte*

Retningslinjen anbefaler at individuelt tilpasset støtte fremfor gruppebaserte og/eller rutinemessige tiltak er å foretrekke for å forebygge barseldepresjon. Det anbefales en intensiv og fleksibel støtte, gjerne hjemmebesøk. Barselkvinnene er på sykehuset en kort tid og hvis en har mistanke om at en kvinne er i ferd med å utvikle en barseldepresjon tar en telefonisk kontakt med helsestasjonen, i samråd med kvinnen, og avtaler at kvinnen får et tidlig hjemmebesøk av helsesøster. Helsesøster vil da gjøre en kartlegging og eventuelt involvere andre fagpersoner, f.eks. psykiatrisk sykepleier, DPS etc.

### *Familier i en sårbar og utsatt livssituasjon*

Retningslinjen anbefaler 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». Med risikoutsatte kvinner nevner

retningslinjen kvinner som har rusrelaterte problemer, psykisk og fysisk langtidssykdom, kvinner som har vært utsatt for vold, overgrep, omsorgssvikt, enslige og unge foreldre, kvinner med vanskelige psykososiale og økonomiske forhold.

En grundig kartlegging i svangerskapsomsorgen hos jordmor eller fastlege vil kunne fange opp risikoutsatte kvinner/familier. Dermed kan en før fødsel og barseltid tilrettelegge og planlegge en individuell oppfølging for denne pasientgruppen. Kvinnen kan henvises til samtale på Fødepoliklinikken der en sammen med kvinnen kan planlegge fødsel og barseltid. Risikoutsatte kvinner får, hvis ikke annet er planlagt, barseloppholdet sitt på 7G.

Kvinner som er i LAR, som er tidligere rusmisbrukere og kvinner som er innlagt A-senteret under svangerskapet, følges opp i henhold til egne rutiner i EQS. Det mangler ellers prosedyrer for identifisering og oppfølging av andre sårbare og risikoutsatte kvinner/familier som er nevnt i retningslinjen. Arbeidsgruppen ser dette som en utfordring og ønsker å sette fokus på metoder for å fange opp disse.

Foreldre som får et alvorlig sykt barn eller som opplever at barnet dør i forbindelse med svangerskap eller fødsel har også behov for en strukturert oppfølging. Oppfølging etter [dødfødsel](#) tar utgangspunkt i egen prosedyre i EQS. Familier som opplever sorg blir fulgt opp i samarbeid med nyfødttintensiv post 3D.

## 4.2 Spedbarnets ernæring og vekst

### *Tilrettelegging for amming*

Retningslinjen anbefaler at WHO`s retningslinjer «Ti trinn for vellykket amming» (3) er minstestandard for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Alt relevant helsepersonell skal utdannes og etterutdannes i henhold til disse kravene.

Sykehuset plikter å tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren. Opplæringen i ammeveiledning gis nyansatte og ferievikarer i henhold til pkt. 2 i ammeprosedyren. Temaer rundt amming tas også opp jevnlig på de faste undervisningsdagene til alle ansatte på fødebarselseksjonen samt på barselpostenes personalmøter. Flere barnepleiere og noen jordmødre har tatt videreutdanning i ammeveiledning ved «Nasjonalt kompetansesenter for amming» og disse benyttes i undervisningen.

Det foreslås videre i retningslinjen at «en kvinne som ønsker å amme enten får være på barselavdelingen til 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 helsestasjonen».

Som tidligere nevnt så reiser friske barselkvinner hjem på tredje dag etter fødselen. For en del av disse kvinnene er ammingen ennå ikke etablert. Disse blir anbefalt å ta kontakt med helsestasjonen for videre oppfølging i forhold til amming og vektkontroll av barnet. Flere av helsestasjonene i Helse Stavangers nedslagsfelt er godkjent som «Ammekyndig helsestasjon».

### *Erstatning for morsmelk*

Det anbefales at foreldre som gir sine barn morsmelkerstatning, får veiledning av helsepersonell om tilberedning og bruk. I henhold til pkt. 6 i ammeprosedyren skal kvinner som ikke kan eller ønsker å amme få opplæring i tilberedning og bruk av [morsmelkerstatning](#). Foreldrene får før hjemreise en praktisk opplæring og får i tillegg med seg skriftlig informasjon om tilberedning, hygiene, etc.

### *Vekt- og vekstutvikling hos friske nyfødte*

Det anbefales å følge barnets vektutvikling på følgende måte:

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

Alle nyfødte ved Helse Stavanger får målt hodeomkrets og lengde og blir veid ved fødselen. Barnet veies igjen på barselpostene 2. og 3. levedøgn. Hvis kvinnen ønsker å reise hjem første dag ringes helsestasjonen og barnet får vektkontroll mellom 2-4 levedøgn der.

Vektnedgang på inntil 10% hos friske fullbårne barn i løpet av første leveuke er normalt. Retningslinjen har anbefalinger og forslag til tiltak som skal settes i verk hvis barnet går ned mer enn 10% i vekt. Anbefalingene samsvarer med pkt. 8 avsnitt 2 i ammeprosedyren og tiltakene omfatter: kartlegging og observasjon av amming, systematisk ammeveiledning der det utarbeides egne «Ammeplaner» i samråd med mor. Dersom intensivert amming ikke fører til vektøkning, bør det vurderes å bruke morsmelkerstatning.

### *Amming ved sykdom*

Mødre med [Hepatitt B, C](#) og mødre i legemiddelassistert rehabilitering ([LAR](#)) anbefales i følge retningslinjen å amme sine barn. Dette er også i tråd med rutinene i EQS. Tilstander hvor amming kan være kontraindisert er også beskrevet i retningslinjen. Dette gjelder blant annet barselkvinner som er hiv positive. Rutinen for [hiv](#) positive kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid samsvarer med retningslinjen. I Helse Stavanger har en ellers ikke en egen rutine som beskriver tilstander hvor amming er kontraindisert. I praksis avgjøres dette i samråd med gynekolog og barnelege.

Det kan av og til være behov for å hindre melkeproduksjonen. Amming kan være kontra indisert, ved dødfødsel, eller dersom kvinnen ikke kan eller vil amme. Retningslinjen angir tiltak for å hindre melkeproduksjon. Både ikke-medikamentell og medikamentelle tiltak er i henhold til praksis og rutiner. ([Medikamentrutiner](#))

### *Legemiddelbruk og amming*

I henhold til retningslinjen overføres de fleste legemidler i liten grad til morsmelken og er forenelige med amming. 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 eventuelt ubehandlet sykdom hos mor. Spørsmål om amming og legemiddelbruk er ofte avklart med fastlege i svangerskapet. I de tilfeller dette ikke er avklart vil barnelege/gynekolog ta stilling til dette etter fødselen.

Retningslinjen kommer ellers med anbefalinger om hvor en kan finne informasjon om amming og legemidler( Norsk legemiddelhandbok, RELIS, Nasjonalt kompetansesenter for amming, [www.tryggmammamedisin.no](http://www.tryggmammamedisin.no)).

### 4.3 Screening og undersøkelser av nyfødte

#### *Nyfødtundersøkelse*

Retningslinjen anbefaler at det nyfødte barnet gjennomgår en fullstendig somatisk undersøkelse ved lege i løpet av første-tredje levedøgn. Undersøkelsen gjøres med en eller begge foreldrene til stede. Før undersøkelsen bør legen innhente informasjon fra kvinnens svangerskaps- og fødejournal.

Ved barselpostene i Helse Stavanger gjennomgår alle nyfødte en standardisert undersøkelse av barnelege etter fødselen. Undersøkelsen gjennomføres hver dag på barselpostene og omfatter nyfødte som er minst seks timer eller eldre. Barnepleier som assisterer ved undersøkelsen klargjør svangerskaps- og fødejournalen før undersøkelsen. Oftest er både mor og far med på undersøkelsen. Undersøkelsen utføres etter Metodebok i nyfødtmedisin.

#### *Hofteundersøkelse*

«Det anbefales å gjennomføre klinisk hofteundersøkelse hos alle nyfødte i forbindelse med nyfødtundersøkelsen. Barn med økt risiko for å utvikle hofteleddsdisplasi undersøkes med ultralyd». Klinisk hofteundersøkelse er en del av nyfødtundersøkelsen på barselpostene. Rutinene for [ultralydundersøkelse av hofter](#) er i henhold til anbefalingene i retningslinjen.

#### *Nyfødtscreening*

Retningslinjen anbefaler at det tas utvidet nasjonal nyfødtsscreening. Helseforetakene har ansvar for at det blir tatt prøver av alle barn til angitt tid, forutsatt at foreldrene samtykker. Ved ankomst barselpostene får foreldrene utdelt skriftlig informasjon om [nyfødtsscreeningen](#). Foreldrene blir bedt om å lese igjennom informasjonsskrivet og blir spurt om samtykke når barnet er til barnelegeundersøkelse. Helsedirektoratet har utarbeidet skjemaer som må signeres av foreldrene hvis de reserverer seg mot oppbevaring av og forskning på det biologiske materialet

#### *Hørselsscreening*

«Det anbefales å gjennomføre hørselsscreening ved måling av stimulerte otoakustiske emisjoner hos alle nyfødte». Det blir tatt [hørselstest](#) av alle nyfødte i Helse Stavanger. Hvis hørselstesten som tas på barselpostene er mislykket, henvises barnet til Hørselssentralen for videre utredning.

#### *Pulsoksymetri*

Retningslinjen anbefaler at det tas pulsoksymetri når den nyfødte er > 24 timer. I Helse Stavanger tas [pulsoksymetri](#) ca. 2 timer etter fødsel. Dette er vurdert å være faglig forsvarlig og gjøres i tillegg av praktiske årsaker, f.eks. i forhold til tidlig hjemreise. Hvis SpO<sub>2</sub>-måling er < 95 prosent bør denne kontrolleres etter 2-4 timer. Ved fortsatt SpO<sub>2</sub> < 95 prosent henvises barnet til klinisk undersøkelsen og oppfølging av lege. Denne anbefalingen er i henhold til rutinen i EQS. Det har vært vanlig praksis kun å måle post



duktalt, mens nå anbefales det i retningslinjen å måle både pre- og postduktalt for å få avdekket duktusavhengig hjertefeil. På fødeavdelingene i Helse Stavanger måles pulsoksymetri på alle nyfødte postduktalt. Ved mistanke om asfyksi måles det i tillegg preduktalt.

#### *Vitamin K-profylakse*

Det anbefales å gi vitamin K som en intramuskulær injeksjon til alle barn innen to timer etter fødselen. Dersom foreldre ikke ønsker at barnet skal få intramuskulær injeksjon, foreslås det at oral vitamin K tilbys som en mulighet. Denne anbefalingen er i henhold til rutiner vedrørende [vitamin K til nyfødte](#) på føde- og barselpostene.

#### *Forebygging av krybbedød*

Retningslinjen anbefaler at foreldre bør få skriftlig og muntlig informasjon om sovestilling og sovemiljø fra føde-/barselavdelingen i tråd med informasjonen i brosjyren «Trygt sovemiljø»(4). Denne brosjyren deles ut til alle foreldre ved ankomst barselpostene. Det gis også muntlig informasjon om trygg sovestilling og sovemiljø både under velkomstsamtalen og utreisesamtale med jordmor.

## **4.4 Kliniske tilstander hos nyfødte**

#### *Nyfødte med risiko for behandlingskrevende gulsott*

I henhold til retningslinjen bør synlig gulsott i løpet av barnets 36 første timer øyeblikkelig vurderes, diagnostiseres og behandles av lege. På barselpostene konferer en alltid med barnelege hvis et barn blir synlig i løpet av barnets 24 første timer. Dette er også i henhold til [«Norsk veileder for behandling av gulsott hos nyfødte» \(5\)](#)

Ved påvist gulsott hos nyfødte som er 24 timer eller eldre, føres bilirubinverdi inn i gulsottkurven og videre tiltak vurderes. Dette er også i tråd med retningslinjens anbefaling. Retningslinjen anbefaler videre at nyfødte med mørk hud får kontrollert bilirubin både ved 24 og 48 timers alder, og at det bør være minst 12 timers intervall mellom kontrollene. I Helse Stavangers rutiner for [bilirubinkontroll](#) av barn med mørk hud skiller en mellom etnisitet. Denne rutinen er i tråd med ovennevnte veileder for behandling av gulsott, men avviker fra retningslinjen.

I retningslinjen angis det at topunktskontroll av bilirubin relatert til den nyfødtes alder gir god prediksjon for utvikling av gulsott før utreise. På barselpostene foretas det rutinemessig transkutan måling av bilirubin 2. og 3. dag.

Retningslinjen anbefaler videre at foreldre skal motta informasjon om gulsott og de skal rådes til å kontakte helsepersonell dersom barnet får tegn på gulsott eller tilstanden forverrer seg. Foreldrene får muntlig informasjon om gulsott i samtalene med jordmor. Hvis den nyfødte har behov for [lysbehandling](#) får de i tillegg skriftlig informasjon.

### *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». I forbindelse med veiledning i badestell- og stell for øvrig av barnet, får foreldrene informasjon om hygiene. Informasjon til foreldrene om tegn på nedsatt allmenntilstand og mistanke om sykdom hos barnet gis ikke rutinemessig. Rutinen «Utreisesamtale» bør revideres i forhold til denne informasjonen. På denne måten kan en sikre at foreldrene får ensartet og tilstrekkelig informasjon.

Retningslinjen har ellers anbefalinger som gjelder observasjoner av barn i forhold til feber, nedsatt allmenntilstand og neonatal sepsis. Rutinene som gjelder [observasjon](#) og [overflytting](#) av barn til nyfødtavdelingen samsvarer med anbefalingene.

Under dette kapitlet har retningslinjen også en anbefaling om behandling av barnets navle. Denne anbefalingen er i tråd med den muntlige og skriftlige informasjonen foreldrene får om dette.

Retningslinjer har for øvrig en del råd og informasjon vedrørende følgende infeksjoner: herpes hos nyfødte, vannkopper, hudinfeksjon, sekresjon fra øyne, trøske og bleiedermititt. Det bør vurderes om denne informasjonen skal inn i eksisterende rutiner eventuelt lage en egen rutine som omhandler infeksjoner hos nyfødte.

### *Abstinenser hos nyfødte*

Retningslinjen har et kapittel om abstinenssyndrom hos nyfødte (NAS). I Helse Stavanger overflyttes barn til kvinner i LAR til nyfødtintensiv for observasjon etter fødselen. Tidligere rusmisbrukere følges også opp på fødepoliklinikken i svangerskapet. Ved fare for/usikkerhet om mulig abstinensutvikling overflyttes barnet til nyfødtintensiv etter fødselen.

## **4.5 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 fødsel og første dose hepatitt-vaksine.» [Hepatitt vaksine](#) gis til nyfødte av sikkert eller mulig hepatitt B-smitteførende mor på fødeavdelingen, før overflytting til barselposten. De etterfølgende vaksinedosene gis på helsestasjonen og retningslinjen anbefaler at foreldrene før utskrivning fra sykehus informeres om videre vaksinasjon og får med seg skriftlig informasjon. Det foreligger ikke pasientinformasjon om videre vaksinasjonsprogram for Hepatitt vaksine. Det anbefales at skriftlig pasientinformasjon utarbeides.

### *Forebygging av tuberkulose*

Retningslinjen anbefaler at nyfødte i risikogruppen får BCG-vaksine før de reiser hjem fra sykehuset. BCG skal ikke gis til barn av hiv positive mødre før det er avklart at barnet ikke er hivsmittet. I Helse Stavanger foregår BCG-vaksinasjon av nyfødte på Reisemedisinsk senter. Jordmor har ansvar for å bestille time for [vaksinasjon](#), og foreldrene kommer tilbake til sykehuset ca. 2-3 uker etter fødselen for vaksinerings av barnet.

Fra høsten 2014 vil vaksinasjon av BCG for øvrig være en del av vaksinasjonsprogrammet for spedbarn og vaksinasjonen vil gis på helsestasjonen.

#### *Forebygging av HIV*

«Det anbefales at barn som blir født av en hiv positiv mor, får antiretroviral, forebyggende behandling innen fire timer etter fødselen.» Rutinen som omhandler hiv positive mødre angir når antiretrovirale medikament skal gis til barnet og er i henhold til retningslinjen.

#### *Rubellavaksine til kvinner med usikker immunitet*

Dersom rubellaantistoffer ikke kan påvises under svangerskapet anbefales det at kvinnen vaksineres tidlig i barselperioden, helst før utskrivning fra barselavdelingen. Barselpostene tilbyr ikke rubellavaksine i dag. Det er jordmor/lege i svangerskapsomsorgen som registrerer at kvinnen mangler rubellaantistoffer. Kvinnen får da tilbud om vaksinasjon på helsestasjonen eller på vaksinasjonskontoret etter fødselen. Vaksinen er gratis. Etter gruppens vurdering er retningslinjens anbefaling om rubellavaksine til kvinner med usikker immunitet ivaretatt.

## **4.6 Barselkvinnens helse**

#### *Søvn og hvile*

I henhold til anbefalingene bør helsepersonellet på barselavdelingen eller far/partner sørge for avlastning dersom mor med urolig barn er sliten. Det foreslås at det legges til rette for opphold i familierom på sykehuset, slik at begge foreldre kan være tilstede så langt som mulig. Det anbefales også at fødsels- og barselomsorgen tilrettelegger tilbudet slik at kvinnen har mulighet til å være mest mulig uforstyrret sammen med barnet de første dagene etter fødselen.

Studier har vist at den faktoren som var sterkest forbundet med mangel på søvn og hvile, var å dele rom med andre pasienter.(6) På barselhotellet 7I har alle kvinner eget rom, og på dobbeltrommene har de anledning til å ha mannen/partner med seg. Kvinner som bor på enerom og har et urolig barn tilbys avlastning om natten. Når foreldrene bor sammen på dobbeltrom anbefales mannen/partner å avlaste kvinnen.

Barselpost 7G har ikke familierom og det er begrenset mulighet for at far kan være tilstede og avlaste mor. Far kan få tilbud om å være sammen med mor på isolat- eller tomannsrom. Men dette gjelder kun i de tilfeller der barnet eller kvinnen er alvorlig syk, ved dødfødsler o.l. Helsepersonell tilbyr avlastning med barnet når mor er syk eller sliten. Men det er vanskelig å legge til rette for søvn, hvile og uforstyrret kontakt når flere kvinner deler rom.

#### *Bekkenleddsmarter*

Retningslinjen foreslår tilpasset fysisk aktivitet, kombinert med god hvile og gradvis mobilisering, etter fødselen. Fysioterapeuter ved Helse Stanger har undervisning på barselposten en halv time tre ganger i uken. Det undervises i fysisk aktivitet etter fødselen og trening av bekkenbunnen. Kvinner med utpreget bekkenleddsmarter kan få tilsyn av fysioterapeut på barselpostene. Kvinner med vedvarende bekkenleddsmarter etter hjemreise anbefales i henhold til retningslinjen å ta kontakt med fastlege og henvises til egnet fysikalsk behandling.

### *Urinretensjon*

Retningslinjen har en del forslag i forhold til tiltak ved urinretensjonsproblemer etter fødsel. Disse samsvarer med rutinen [Urinretensjon etter fødsel](#). Rutinene i EQS har enda strengere krav enn retningslinjen i forhold til mengde urin som kan tillates før kvinnen bør kateteriseres. Våren 2014 har en ved fødebarsel seksjonen hatt ekstra fokus på urinretensjonsproblemer etter fødsel. Føde- og barselpostene har deltatt i pasientsikkerhetsprogrammet ved Helse Stavanger, og målet har vært å unngå overfylt urinblære før og etter fødsel.

### *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.» Forebyggende tiltak for å hindre rifter er det viktigste for å hindre smerter. Det er kontinuerlig fokus på forebygging av rifter. Alle nyansatte får opplæring i støtteteknikk på fantom. Rifter grad III og IV er kvalitetsindikatorer og dersom statistikken viser økning i antallet, iverksettes tiltak.

Kvinner som har fått rifter/episiotomi tilbys smertelindring/[medikamenter](#) på barselavdelingen i henhold til retningslinjen.

### *Kvinner som er kjønnslemlestet*

Kjønnslemlestelse medfører risiko for komplikasjoner i forbindelse med fødselen og det er anbefalt at gravide henvises til spesialisthelsetjenesten for å få en vurdering og planlegge fødselen. Retningslinjen foreslår smertelindring og oppfølging som ved rifter og episiotomi. Rutinen i EQS vedrørende [kjønnslemlestelse](#) er i henhold til retningslinjen.

### *Hemoroider*

Hos en del av barselkvinnene oppstår plagsomme hemoroider i svangerskapet og etter fødsel. Retningslinjen har en del råd og anbefalinger i forhold til behandling av disse. Rutinen [Barselkvinner- rutiner på barselavdelingen](#) er i henhold til retningslinjen.

### *Kontroll etter fødselen*

«Det foreslås at kvinner får tilbud om kontroll fire-seks uker etter fødselen.» Under utreisesamtalen med jordmor på barselposten oppfordres kvinnen til å bestille time til etterkontroll hos fastlege eller jordmor, ca. 6 uker etter fødselen. Innholdet i konsultasjonen er kvinnens fysiske og psykiske helse og tar utgangspunkt i epikrisen fra sykehuset. Epikrisen fra fødsel/barseloppholdet sendes, etter samtykke, til både lege og jordmor

## **4.7 Komplikasjoner hos barselkvinnen**

Retningslinjen beskriver komplikasjoner som kan forekomme hos barselkvinner, og som helsepersonellet bør være oppmerksom på. Diagnostisering og behandling omtales ikke i retningslinjen og tas heller ikke opp i denne rapporten.

### *Screening for depresjon*

Helsepersonell må være oppmerksom på kvinnens psykiske helse i barseltiden. Det er allikevel viktig å skille mellom «barseltårer» og mer langvarige symptomer på nedstemthet og

depresjon. Velfungerende amming kan ha en gunstig effekt på mors psykiske helse, blant annet gjennom å heve stemningsleie og dempe stress og angst. Depresjon hos mor kan få negative effekter på barnets utvikling, men det anbefales ikke systematisk screening for depresjon i barselperioden. Hvis helsepersonellet opplever at en kvinne er nedstemt utover det som oppfattes som «barseltårer», tas det kontakt med helsestasjon for et tidlig hjemmebesøk. Helsesøster avgjør om det er behov for henvisning til DPS, psykiatrisk sykepleier etc.

#### *Rusmiddelbruk*

«Det anbefales at dersom det er mistanke om rusbruk, legges mistanken frem for foreldrene. Familien tilbys oppfølging i spesialisthelsetjenesten og utvidet oppfølging i kommunehelsetjenesten, dersom dette ikke allerede er avtalt.» Helse Stavanger har utarbeidet rutiner for svangerskap, fødsel- og barselomsorgen for kvinner som er under [LAR](#) og kvinner som er innlagt [Rogaland A-senter](#). Rutinene er basert på Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering. Det er også utarbeidet en rutine for kvinner med [tidligere rusmisbruk](#).

#### *Blødning og anemi*

I henhold til retningslinjen bør kvinnen få informasjon om tegn på unormal blødning. Ved unormal blødning, unormal renselse eller mistanke om informasjon bør de kontakte helsetjenesten. Ved post partum blødning > 500 ml eller etter en klinisk vurdering, kontrolleres hemoglobin på barselposten. Grad av anemi avgjør hvilken behandling som iverksettes; peroralt/ [infusjon](#) (je)rn eller blodtransfusjon. Blødning, renselse og infeksjonstegn er ellers faste temaer som tas opp med barselkvinnen under utreisesamtalen. Kontraksjon av uterus kontrolleres under barseloppholdet og kvinnen får beskjed om å ta kontakt med fastlege/legevakt hvis der oppstår unormal blødning og eller ved mistanke om infeksjon.

#### *Blodpropp*

Retningslinjen anbefaler at kvinnene oppmuntres til fysisk aktivitet så raskt som mulig etter fødselen for å forebygge blodpropp. I informasjonsskrivet «[Keisersnitt- postoperativ informasjon](#)» gis det informasjon om viktigheten av «å komme seg fort på beina», men denne informasjonen gis ikke rutinemessig til kvinnene som har født vaginalt. Dette bør inngå som en del av rutinen «Utreisesamtale» på barsel.

#### *Høyt blodtrykk*

Det anbefales at kvinner med vedvarende mildt til moderat høyt blodtrykk etter fødselen får oppfølging fra fastlege». Blodtrykket kontrolleres rutinemessig ved fødselen og under jordmorsamtalen første eller andre dag etter fødselen, på barselposten. Rutiner for når blodtrykket skal behandles er dekket av rutinen «[Hypertensive sykdommer i svangerskapet](#)», men grensene for mildt og moderat høyt blodtrykk er ikke definert i rutinene i EQS. Revisjon av denne rutinen bør vurderes.

#### *Infeksjoner/endometritt*

Retningslinjen foreslår 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 informasjon. Denne informasjonen gis rutinemessig til alle barselkvinnene i forbindelse med fellesundervisning og jordmorsamtaler på barselposten. De får informasjon om symptomer på endometritt og at de da må ta kontakt med sykehuset. Ellers oppgir retningslinjen grenser og tidsintervall for temperaturmåling i forbindelse med mistanke om endometritt. Disse er nyttige og kan eventuelt legges inn i eksisterende rutiner i EQS.

### *Brystbetennelse*

Retningslinjen beskriver diagnostisering og behandling av brystbetennelse i henhold til anbefalingene fra Nasjonalt kompetansesenter for amming. « Ammeprosedyren» i EQS har en link til disse sidene, men selve behandlingen står ikke nedfelt i rutinene.

### *Perineumruptur av grad III og IV*

«Det foreslås skriftlig og muntlig informasjon til kvinner med bekkenbunnsrift av grad IIIB og IV. Det foreslås tilstrekkelig smertelindring og forebygging av forstoppelse. Kvinner bør få henvisning og oppfølging i spesialisthelsetjenesten» Med unntak av skriftlig informasjon til kvinnene dekkes denne anbefalingen av rutinen [Perineal ruptur](#).

### *Urinlekkasje*

Kvinnene får, under barseloppholdet, tilbud om informasjon og instruksjon i trening av bekkenbunnens muskulatur av fysioterapeut. Dette er i henhold til anbefalingen fra retningslinjen.

### *Rh-immunisering*

Det tas navlestrengsblod av alle barn født av Rh-negative kvinner. Hvis barnet er Rh D-positiv får kvinnen en injeksjon med anti-D-immunglobulin så snart som mulig og innen 72 timer etter fødsel.(se [Medikamenter Barsel](#)). Dette er i henhold til anbefalingen i retningslinjen. Retningslinjen anbefaler også at det gis anti-D etter fødselen selv når det er gitt profylakse før fødsel. Dette gjøres hovedsakelig også på barselpostene, men det er ikke nevnt spesifikt i rutinen.

## 5 Pasientforløp – helhetlig omsorg

Retningslinjen har et kapittel som omhandler organiseringen av et sammenhengende og helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen. Det blir ikke gitt spesifikke anbefalinger men det påpekes 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. Helse Stavangers rutiner og praksis i forhold til samarbeid med kommunen i forhold til barselomsorgen vurderes i det følgende. Det henvises for øvrig til kapittel 3.2 Pasientforløp.

### *Svangerskap – barseltid*

For å gi kvinnen best mulig oppfølging i fødsel- og barseltid er det viktig å klarlegge både ressurser og utfordringer i svangerskapet. Gravide uten risiko for komplikasjoner har tilbud om oppfølging hos fastlege og/eller jordmor i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse avgjør om den gravide har behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Alle gravide som kommer til rutinemessig ultralydscreening på Fødepoliklinikken får time til [«Innskrivningssamtale»](#) i uke svangerskapsuke 36. Kvinner som går til privatpraktiserende spesialister får informasjon om tilbudet der. Hensikten er å kartlegge behov i forhold til fødsel og barseltid slik at en kan søke å tilby individuell oppfølging. Under innskrivningen blir det foretatt en [differensiering](#) i forhold til om kvinnen kan føde på Fødeloftet eller Fødeavdelingen. Kvinnen informeres om «Fødetelefonen» og hvor hun skal føde. Hun får også informasjon om hvilken barselpost hun mest sannsynlig skal ha barseloppholdet på. Endelig selektering til barselpostene gjøres etter fødsel.

Retningslinjen har videre innspill i forhold barseltiden de første dagene etter fødselen og den første tiden hjemme med barnet. Innholdet i omsorgen som gis på barselpostene er beskrevet i kap 3.1 og 4 og gjentas ikke.

Retningslinjen omtaler lengden på sykehusoppholdet og foreslår følgende : « Sykehusoppholdet bør være langt nok til at det er mulig å klarlegge 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». Videre heter det at «Dersom det ikke er mulig å tilby tilstrekkelig faglig forsvarlig helsehjelp lokalt, bør kvinnen og barnet fortsatt være i føde-/barselavdelingen.»

Som tidligere nevnt så har barselkvinnene tilbud om tre dagers opphold på barselpostene. I løpet av oppholdet har de fått veiledning og hjelp, samtidig som nødvendige screeningtester er tatt. Barselkvinner, oftest flergangsfødende, som reiser hjem første eller andre dag, tar nyfødtscreeningprøve poliklinisk, på laboratoriet.

Kvinner som har store ammeproblemer, og eller problemer med ernæring av barnet får tilbud om ekstra oppfølging og blir gjerne et ekstra døgn. Barn som trenger utvidet oppfølging i forhold til gulsott reiser hjem, men får poliklinisk oppfølging på barselposten, også i helgene.

### *Utveksling av pasientopplysninger etter fødselen*

«Når mor og barn reiser hjem etter fødselen, skal kommunen eller den instans som ivaretar oppfølging av familien, varsles av føde-/barselavdelingen om hjemreise». For å sikre god

samhandling og helhetlige forløp er det viktig å etablere systemer som sikrer god utveksling av informasjon. Elektronisk informasjonsutveksling mellom sykehus og helsestasjon vil bidra til forbedringer i tjenestetilbudet. Pr. i dag mottar ingen helsestasjoner fødselsrapporter elektronisk. Ved hjemreise får kvinnen informasjon om at fødselsrapport og/eller epikrise sendes pr. post til helsestasjonen og jordmor/fastlege. Siden det kan ta noen dager før denne informasjonen kommer frem, anbefales hun å ringe helsestasjonen første virkedag etter hjemkomst. Hun får med seg utskrift av fødselsrapport som hun kan ta med seg på helsestasjonen. Noen kvinner kan ha behov for ekstra oppfølging rett etter hjemkomst. I slike tilfeller ringer jordmor på barselposten kvinnens helsestasjon og ber om et tidlig hjemmebesøk av helsesøster. I påvente av elektronisk meldingsutveksling mener retningslinjen at telefon og brevpost er metoder som regnes som sikre for overføring av pasientopplysninger.

#### *Arenaer for samhandling*

Gjensidig kjennskap til oppgavene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og helsepersonellens fagområder er et viktig grunnlag for samarbeid. Kvinne- og barnedivisjonen v/Helse Stavanger og kommunene i Sør-Rogaland utarbeidet i 2010 en «Plan for svangerskaps- fødsels- og barselomsorg i Sør-Rogaland». Med utgangspunkt i denne planen ble det etablert samarbeidsarenaer i form av faste samarbeidsmøter mellom jordmorledelsen på sykehuset, jordmortjenesten og ledende helsesøstre i kommunene. Ansvar for innkalling og sakliste er tillagt jordmorledelsen ved Helse Stavanger. Referat fra møtene gjøres kjent for alle ansatte i føde/barselomsorgen i helseforetaket/kommunene. Hospiteringsordninger er etablert for å styrke faglig kompetanse og fremme forståelse mellom de ulike yrkesgruppene. Den regionale perinatalkomiteen arrangerer felles fagdager. Praksiskonsulentordningen er også et tiltak som bidrar til kommunikasjon og samhandling. Praksiskonsulenten er pr. i dag jordmor og er en viktig bidragsyter blant annet ved utarbeidelse av rutiner som omhandler pasientløp til og fra kommunene.

#### *Samarbeidsavtaler*

Helseforetak og kommune er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler. Delavtale nr. 8 «Samarbeidsavtale om jordmortjenester» har som formål å etablere gode rutiner for samarbeid og ansvarsfordeling mellom Helse Stavanger og de enkelte kommunene. Avtalen omhandler blant annet krav til faglig forsvarlighet, informasjonsutveksling, etablering av samarbeidsarenaer m.m. Samarbeidsavtalen er blant annet utarbeidet etter anbefalinger i veilederen «Kvalitetskrav til fødselsomsorgen». I retningslinjen foreslås det at samarbeidsavtalene kan utvides til å omfatte fastlegens, helsestasjonens og helsesøsters rolle i barselomsorgen. Dette bør vurderes når avtalene i nærmeste fremtid skal revideres som følge av at de Nasjonale retningslinjene for barselomsorgen nå foreligger.



## 6 Forbedringer – tiltak

Arbeidsgruppen har gått igjennom anbefalingene i den nasjonale retningslinjen og sammenliknet disse med de rutiner for barselomsorgen som finnes i Helse Stavangers kvalitetssystem, EQS. I tillegg er avdelingsinterne rutiner samt praksis på barselpostene vurdert. Konklusjonen er at praksis og rutiner hovedsakelig er i henhold til retningslinjens anbefalinger. Det er identifisert at noen rutiner er mangelfulle og disse vil revideres i samarbeid med kvalitetskoordinator, slik at de blir i tråd med retningslinjen. Andre rutiner kan avvike litt, men ikke vesentlig eller i en slik grad at de krever revisjon. I det følgende vil hovedpunkter i forhold til forbedringer/tiltak presenteres. Selve rutinene som skal revideres vil ikke bli presentert:

- Pasientinformasjon.  
*Barseltid.* Den generelle skriftlige informasjonen som gis på norsk/engelsk om barseltiden er tilstrekkelig på 7I og i henhold til retningslinjen. Denne informasjonen kan omskrives og tilpasses 7G slik at pasientene ved denne avdelingen får tilsvarende informasjon.  
*Barnelegeundersøkelsen.* Pasientinformasjon i forhold til funn ved barnelegeundersøkelsen (bilyd, hoftelddysplasi, hypospadi etc.) er mangelfull og finnes kun på norsk.  
*Perinealrift grad 3 og 4.* Pasientinformasjon finnes ikke og må lages.  
*Hepatittvaksine.* Pasientinformasjon om hepatittvaksine for nyfødt finnes ikke og må lages.  
*Språk.* Det er behov for at mest mulig av pasientinformasjonen oversettes til engelsk.
- Jordmorsamtaler. Rutinene som benyttes i forbindelse med jordmorsamtalene på barsel bør revideres. De bør bli mer konkrete og utfyllende i forhold til all den informasjon barselkvinnen har krav på i henhold til retningslinjen. På denne måten kan en sikre at kvinnene får tilstrekkelig og mest mulig ensartet informasjon.
- Amming. Praksis og rutiner i forhold til amming er hovedsakelig i henhold til retningslinjen. Det finnes ingen egen rutine i forhold til legemiddelbruk og amming/tilstander hvor amming er kontraindisert. Det bør vurderes å lage en slik rutine.
- Gulsott. Rutiner for kontroll av bilirubin hos nyfødte med mørk hud avviker fra anbefalingene i retningslinjen. Det må vurderes om disse skal revideres.
- Sårbare og risikoutsatte kvinner. Det mangler prosedyrer for identifisering og oppfølging av kvinner som har vært utsatt for vold, har psykisk og fysisk langtidssykdom, vanskelige psykososiale og økonomiske forhold m.m. Det bør settes fokus på metoder for å fange opp disse.
- Hjemreise. I påvente av elektronisk informasjonsutveksling mellom sykehus og helsestasjon sendes fødselsrapport pr. post til helsestasjonen og jordmor/fastlege. Barselkvinner har behov for forskjellig grad av oppfølging og de reiser hjem til forskjellig tidspunkt: rett etter fødsel, 1., 2. eller 3dje dag. For å sikre overgangen mellom sykehus/kommunen bør det vurderes å lage en egen rutine som omfatter de forskjellige pasientløpene.
- Romforhold 7G. Retningslinjen foreslår at det legges til rette for familierom på sykehuset. Det bør vurderes om pasientrommene på 7G skal gjøres om til familierom/enerom slik at flere kvinner har anledning til å ha med seg mann/partner.
- Samarbeid. Ved revisjon av delavtale 8 «Samarbeidsavtale om jordmortjenesten» bør det vurderes om avtalen kan utvides til å omfatte fastlegens, helsestasjonens og helsesøsters rolle i barselomsorgen.

## 7 Referanser

1. St. meld.nr. 12(2008-2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps,- fødsels- og barselomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet; 2009
2. Nytt liv og trygg barseltid for familien. Retningslinje for barselomsorgen. Helsedirektoratet; 2013
3. Ti trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus. Med utvidede kommentarer. Nasjonal kompetansetjeneste for amming; 2007
4. Trygt sove miljø for spebarnet. Landsforeningen uventet barnedød, Helsedirektoratet, Rikshospitalet; 2008
5. Norsk veileder for behandling av gulsott hos nyfødte. Etter konsensus i Subgruppen i nyfødttmedisin. Norsk Barnelegeforening; 2006
6. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opgjordsmoen S, Schei: Barselomsorgen – Søvn, hvile og tilfredshet. Tidsskrift for Den norske legeforening 2012; 120 (12):1405-9