

## 15. Barselsperioden

Dette kapitel dækker de første to uger efter fødslen. Undersøgelsen af mor hos den praktiserende læge 8 uger efter fødslen er beskrevet i afsnit 4.6. Den forebyggende børneundersøgelse ved 5 uger er beskrevet i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*, Sundhedsstyrelsen 2011.

Formålet med sundhedsvæsenets indsats i barselsperioden er dels at observere mor og barns tilstand samt understøtte etableringen af amning eller anden ernæring og følge barnets vækst, dels at styrke og støtte forældrene i omsorgen for deres barn i de første dage og uger efter fødslen.

I barselsperioden fortsætter det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med henblik på at styrke parrets forældrekompetencer. Indsatsen tager udgangspunkt i den enkelte families behov og ressourcer med henblik på sundhed, tryghed og trivsel for barn og forældre. Informationen til forældrene må være sammenhængende og tage udgangspunkt i den enkelte families sundhedsforståelse og -adfærd.

Behandling af sygdom hos mor eller barn varetages af en specialafdeling og fødestedets indsats koordineres med primærsektoren, såfremt mor og barn ikke udskrives samtidigt.

### 15.1 Barselsperiodens vigtigste elementer

Barselsperioden er en ganske særlig livsfase for moderen, den nyfødte og den øvrige nære familie. Det er en overgangsperiode præget af store forandringer både fysiologisk, følelsesmæssigt og socialt.

De vigtigste elementer i denne periode er barnets trivsel og sundhed, herunder etablering af amning eller anden ernæring samt spædbarnspleje, moderens fysiske og psykiske restitution og familiedannelsen.

#### 15.1.1 Barnets trivsel og sundhed efter fødslen

Fysiologisk gennemgår barnet en dramatisk omstilling ved fødslen og de følgende dage. Eventuelle respiratoriske og cirkulatoriske problemer vil ofte være synlige inden for de første 12 timer. Andre problemer som fx forsinket laktation og dermed nedsat mælkeindtag, medfødt bakteriel infektion, svær gulsot, symptomer på ductusafhængig hjertesygdom eller obstruktion i mavetarm kanalen kan først observeres i de første levedøgn.

Starten på en velfungerende amning er bl.a afhængig af, at barnet bliver lagt til brystet så tidligt som muligt, gerne indenfor 1 time efter fødslen, hvor barnet har en særlig vågenhedsperiode. Læs mere i afsnit 13.4 og 15.1.4 og i *”Amning – en håndbog for sundhedspersonale”*, Sundhedsstyrelsen 2009.

Sundhedspersonalet understøtter samspillet mellem forældre og barn, så forældrene lærer at tolke barnets signaler og udvikler deres evne til at imødekomme barnets behov for mad, kontakt, tryghed, stimulation, søvn m.v. Forældrene informeres desuden om navlepleje, hudpleje, afføringsmønster, vandladning, gråd, søvn, gulsot og forebyggelse af vuggedød.

Inden udskrivelsen skal forældrene oplyses om, hvilke observationer og sygdomstegn hos barnet, der kræver henvendelse til fødestedet, herunder fx manglende eller sparsom vandladning og afføring, tegn på infektion i navle eller hud.

### 15.1.2 Mors restitution – fysisk og psykisk

En fødsel er, uanset varighed og udfald, en stor fysisk og psykisk udfordring for de fleste kvinder og tiden efter fødslen er for moderen præget af store omstillinger.

Barselsperioden kan være præget af såvel styrkefølelse som træthed; og af glæde såvel som af gråd. Både den vaginale fødsel og kejsersnittet har – oftest forbigående – indvirkning på kvindens vandladnings- og afføringsmønster, ligesom der kan være sårsmertes, efterveer og andre fysiske gener.

Kvinden informeres og vejledes om vandladning, blødning, kost og søvn. Hun informeres om, hvordan hun skal forholde sig ved symptomer som voldsom/vedvarende blødning, smerter, feber eller hovedpine – symptomer, som kan være tegn på alvorlig sygdom. Ved behov vejledes og rådgives kvinden om smerter og gener fra bristning, klip eller sphincterruptur og hæmorider. Genoptræning af bækkenbunden og gavnlighed af efterfødselsgymnastik kan drøftes.

Alle mødre, men især flergangsfødende, kan have kraftige efterveer med behov for lettere smertelindrende medicin, ligesom nogle kvinder har brug for smertestillende medicin for smerter på grund af syning i mellemkødet. Blødningen kan i barselsperioden variere i mængde og opleves forskelligt fra kvinde til kvinde, men skal være aftagende fra dag til dag. Omkring hver anden kvinde oplever humørsvingninger i barselsperioden, og kvinden kan et par dage efter fødslen føle sig trist, urolig, nervøs, træt, irriteret og have let til tårer.

Psykiske reaktioner på at være blevet forældre drøftes med kvinden/parret, og der tilbydes eventuelt vejledning om prævention og genoptagelse af seksuallivet.

### 15.1.3 Familiedannelse

At blive forældre, særligt første gang, er en af de største begivenheder man oplever i livet. Familiedannelsen er en psykologisk proces, hvor forældrene blandt andet skal lære barnet og dets helt basale behov at kende – mad, søvn, trøst og kærlighed – samtidig med at de skal lære nyt om hinanden i nye roller og relationer.

For begge forældre er tiden efter fødslen præget af omstilling, og begge bør tilbydes rådgivning vedr. omsorg for og pleje af deres nyfødte barn. Forældrene kan have individuelle behov for rådgivning og vejledning, og dette må personalet søge at afdække og imødekomme.

Familiedannelsen får de bedste betingelser, hvis forældrene og barnet har mulighed for at forblive sammen umiddelbart efter fødslen. Det er særlig vigtigt, at moderen og det nyfødte barn ikke adskilles – et princip, der i videst muligt omfang også bør opretholdes ved for tidlig fødsel eller sygdom hos barnet.

Faderen bør have mulighed for vidtgående tilstedeværelse under barselsindlæggelse.

Netværket spiller en afgørende rolle for forældrenes valg og for deres mulighed for at gennemføre deres valg. Sundhedspersonalet bør derfor støtte forældrene i at bruge deres netværk i den udstrækning, de kan få den nødvendige omsorg og støtte i barselsperioden.

#### 15.1.4 Amning

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det spæde barn udelukkende får modermælk de første ca. 6 måneder. En velfungerende amning er blandt andet afhængig af, at indsatsen fra sundhedspersonalet tager udgangspunkt i moderens ønsker og den enkelte families situation, samt styrker forældrenes selvtillid. Vejledningen skal være i overensstemmelse med den nyeste viden, som sundhedspersonalet stiller til rådighed, så forældrene kan træffe de valg, der er rigtige for dem. Vejledningen bør være fagligt ensartet uanset hvilken faggruppe, der giver den og altid i henhold til gældende udgave af *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen.

Hvis det på grund af medicinske, psykiske og/eller sociale årsager er aktuelt at drøfte, hvorvidt amning tilrådes eller frarådes, bør der tages stilling ud fra kvindens/familiens samlede situation. Dette sker bedst inden fødslen, og beslutningen føres ind i journalen.

Kvinder, der ikke kan eller ønsker at amme, støttes i deres valg og tilbydes støtte, information og praktisk hjælp til at ernære barnet med modermælkerstatning. Faderen involveres så meget parret ønsker og begge vejledes om betydningen af hud mod hud-kontakt.

#### Risikofaktorer for etablering af amning

En række forhold hos mor og/eller barn kan øge risikoen for problemer med etablering af amning på grund af forsinket mælkedannelse eller sutteproblemer. Nedenfor følger en kort oversigt over disse forhold. For uddybende læsning henvises til *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen. I disse tilfælde bør sundhedspersonalet have en særlig opmærksomhed på hvordan amningen forløber og barnets trivsel. Der kan være behov for hyppige kontakter og ekstra støtte og hjælp til moderen.

- Forsinket mælkedannelse (> 72 timer) ses bl.a. hos førstegangsfødende, hos overvægtige, ved for tidlig fødsel og efter kejsersnit. Erfaringsmæssigt kan et stort blodtab efter fødslen have negativ effekt på mælkeproduktionen.
- Brystopererede kvinder har ofte svært ved at etablere en fuld amning. Hvis moderen har en spiseforstyrrelse (se afsnit 5.4.2), en belastningsreaktion eller fødselsdepression, kan det ligeledes give vanskeligheder med etablering og opretholdelse af amning.
- Sutteproblemer på grund af svage sutte-reflekser, utilstrækkelige sutteevner eller hurtig udtrætning ses hos præmature, syge nyfødte, børn med gulsot, læbe-ganespalte, hjertefejl, Down syndrom eller andre handicaps.
- Børn født mellem gestationsuge 34 og 38 har ofte vanskeligt ved at die tilstrækkeligt og mødrene har brug for særlig hjælp til amningen, se afsnit 10.11.2 om sene præmature i *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*.

En række indgreb og komplikationer under fødslen kan påvirke barnets evner til at sutte de første timer eller dage efter fødslen. Det gælder fx

- smertelindrende behandling af moderen
- langvarigt fødselsforløb
- forløsning med kop eller kejsersnit
- sugning efter fødslen

Kvinder, der tidligere har haft problemer med at amme eller som er usikre på egne evner til at amme, kvinder med kort skolegang, rygere og kvinder med anden etnisk baggrund ammer ofte i kortere tid end andre kvinder, og bør have særlig opmærksomhed både under graviditeten og i barselsperioden. Sundhedspersonalet bør ligeledes være særlig opmærksom i forhold til familier med særlige behov, se kapitel 5.

## 15.2 Sundhedsvæsenets opgaver i barselsperioden

Den gennemsnitlige varighed af barselindlæggelsen er faldet støt gennem de senere år. Denne tendens ses også internationalt og forventes at fortsætte. Det er nu blevet rutine at udskrive fleregangsfødende med ukomplicerede forløb få timer efter fødslen, mens førstegangsfødende de fleste steder tilbydes mindst 1-2 overnatninger.

En stor andel af fødende udskrives således, inden mælken er løbet til og amningen er etableret, og inden evt. gulsot hos barnet har udviklet sig, og førend barnet er kommet i trivsel. Den første uges tid efter fødslen er en kritisk overgangsperiode for både mor og barn. De senere år er der set en stigning i forekomsten af genindlæggelser af nyfødte på grund af dehydrering/ernæringsproblemer og gulsot. Det er vigtigt, at disse potentielt alvorlige tilstande for barnet forebygges eller opspores på et tidligt tidspunkt. Uanset om mor og barn er hjemme eller indlagt de første dage efter fødslen, er der behov for regelmæssig opfølgning på mor og barns tilstand, samt støtte til etablering af amning (se afsnit 15.1.4) og rådgivning efter behov.

### Behov for fleksibelt samarbejde på tværs af sektorer

I den første sårbare tid er der behov for, at samarbejdet mellem det kommunale og regionale sundhedsvæsen er fleksibelt og tager udgangspunkt i familiens behov og barnets trivsel. Det faglige ansvar påhviler den enkelte autoriserede sundhedsperson i den konkrete vurdering og vejledning, men udgangspunktet for et velfungerende barselsforløb er et fælles ansvar for, at familien får de tilbud de har behov for.

Anbefalinger for organisering og ansvarsfordeling mellem region og kommune er beskrevet i kapitel 3. En oversigt over de enkelte aktørers opgaver er angivet bagest i kapitlet.

### 15.2.1 Forudsætninger for udskrivelse af mor og barn

Indlæggelseslængden bør være baseret på en individuel vurdering af mor og barn under hensyntagen til post-partum planen udarbejdet i graviditeten jf afsnit 4.4.3. Det inkluderer vurdering af mors fysiske og psykiske helbredstilstand efter fødslen, barnets helbredstilstand og stabilitet, forældrenes evner og tillid til at kunne varetage barnets behov. Desuden kræver det, at forældrene har adgang til et tilstrækkeligt netværk og støtte efter hjemkomst, herunder fars aktive deltagelse samt uhindret adgang til relevant opfølgning i såvel primær som sekundær sektor i henhold til nedenstående skema.

Fødestedet bør udarbejde retningslinjer for, hvilke forhold hos mor og barn, der medfører tilbud om indlæggelse.

Kort efter fødslen skal post-partum planen derfor drøftes med forældrene med henblik på evt. revision betinget af fødselsforløbet samt mors og barns tilstand. Ved opdateringen af post partum

planen og tilrettelæggelsen af indsatsen i barselsperioden indgår en vurdering af, om der er forhold, som øger risikoen for problemer med etablering af amning, jf. afsnit 15.1.4.

Et resume af fødsels- og barselsforløbet bør indgå i epikrisen til egen læge.

### **Tidspunkt for udskrivelse**

Såfremt forløbet har været ukompliceret, og familien er velforberedt og ressourcestærk med et godt netværk, og der er et tilstrækkeligt tilbud i region og kommune, som beskrevet i skemaet sidst i kapitlet, kan barselsperioden forløbe i hjemmet. En væsentlig forudsætning for tidlig udskrivelse er, at forældrene er velforberedte på den første tid hjemme bl.a gennem fødsels- og forældreberedelse i graviditeten, som beskrevet i kapitel 12. Dette er særligt vigtigt for førstegangsfødende.

Inden mor og barn kan udskrives fra fødestedet/ barselgang eller barselhotel efter kort indlæggelsestid skal en række konkrete forudsætninger være opfyldt med henblik på at forebygge genindlæggelser som følge af gulsot, dehydrering og ernæringsproblemer i de første uger efter fødslen.

- Mor skal være rask og velbefindende og forældrene skal være trygge ved udskrivelse
- Barnet skal være raskt og stabilt
- Barnet skal have været lagt til og suttet effektivt. Jordemoderen/sygeplejersken bør have overvåget mindst en amning for at vurdere, om barnet dier optimalt.
- Forældrene skal være velforberedte på den første tid hjemme, blandt andet gennem fødsels- og forældreberedelse
- Forældrene skal have kendskab til, hvor ofte et nyfødt barn skal have mad samt det normale vandladnings- og afføringsmønster i de første dage og uger efter fødslen
- Der skal være tilbud om strukturerede kontakter fra sundhedsvæsenet de første 2 uger efter fødslen samt mulighed for akut henvendelse døgnet rundt i 7 dage efter fødslen, jf afsnit 15.2.2 og 15.2.3.
- Familien bør ikke udskrives til hjemmet om natten, med mindre forældrene ønsker dette.

Der skal være særlig opmærksomhed på mødre, som ikke ønsker at blive udskrevet, selvom alle forhold taler for udskrivelse, idet der er større risiko for komplikationer for disse kvinder. Sundhedspersonalet må tale med kvinden/parret om baggrunden for dette, således at problematiske forhold er afdækket inden udskrivelse. Se eksempelvis afsnit 5.6.

### **Førstegangsfødende**

Når det drejer sig om førstegangsfødende, må fødestedet have særlig opmærksomhed på forældrenes manglende erfaringer og i samarbejde med forældrene tilrettelægge forløb og vejledning, der tilgodeser dette forhold. Nogle nybagte forældre står for første gang med et spædbarn i armene, når de får deres første barn. Det betyder, at førstegangsførelse kan have sværere ved at vurdere om en tilstand eller et symptom hos mor eller barn er normalt eller unormalt. Det kan fx være, hvor meget kvinden normalt bløder efter fødslen, hvor mange smerter det er normalt at have, hvordan en navle heler op, hvor meget en nyfødt sover, osv. Det er en stor omvæltning at blive forældre første gang, og det fordrer en betydelig omstillingsproces at gå fra at være et par til at blive forældre, jf. afsnit 15.1.3. Førstegangsførelse er mere usikre og har ofte mange spørgsmål vedrørende barnet og forløbet efter fødslen.

Førstegangsfødende har en større risiko for komplikationer såsom bristninger under fødslen, blødninger, vandladningsproblemer, infektioner end flergangsfødende.

Præeklampsi ses hyppigere hos førstegangsfødende, og 15-20 % af tilfældene debuterer efter fødslen uden forudgående symptomer.

Amning skal læres, og der er især behov for støtte, når det er første barn. Førstegangsfødende har hyppigere forsinket mælkedannelse og amme problemer, jf. afsnit 15.4.1. Førstegangsfødende ammer generelt kortere tid end flergangsfødende.

Førstegangsfødende har således et særligt behov for observation og vejledning i den første tid efter fødslen. Den nuværende praksis på de fleste fødesteder med tilbud om barselsophold i mindst 2 døgn efter fødslen synes at kunne imødekomme dette behov. Ambulant fødsel med hjemsendelse få timer efter fødslen bør kun forekomme, hvis den førstegangsfødende selv ønsker det og ovenstående forudsætninger for udskrivelse er opfyldt.

### 15.2.2 Opgaver på fødestedet

Personalet på fødestedet har følgende opgaver:

- At opdatere post partum planen
- At varetage pleje, observation og evt. behandling af mor og barn under indlæggelsen
- At understøtte etablering af amning eller af anden ernæring
- At støtte forældrenes kompetencer i at varetage omsorgen for det nyfødte barn
- At give forældrene information om og tilbyde iværksættelse af screeningsprogrammer: hørescreening, biokemisk neonatal screening inkl. PKU, hepatitisvaccination m.m., jf. kapitel 14
- At tilbyde og iværksætte RhD profylakse til mødre med RhD negativ blodtype, se afsnit 9.2.
- At gennemføre efterfødselssamtale ved jordemoder

I forbindelse med udskrivelsen har fødestedets personale følgende opgaver:

- At orientere den kommunale sundhedstjeneste hurtigst muligt pr. edifact, e-mail eller telefon om barnets fødsel, efter aftale med forældrene. I orienteringen bør fremgå om kvinden har født ambulant, eller hvornår hun forventes udskrevet. Såfremt kvinden ikke ønsker besøg af sundhedsplejerske, orienteres den praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste herom efter aftale med forældrene.
- At formidle de nødvendige informationer, som gør familien i stand til at kunne identificere tilstande hos mor og barn, der kræver kontakt med professionelle for vurdering, rådgivning og vejledning i barselsperioden
- At oplyse forældrene om, hvorledes de kan henvende sig til fødestedet ved behov for hjælp eller rådgivning i den første uge efter udskrivelsen
- At orientere om tilbud fra jordemoder, sundhedsplejerske og praktiserende læge i den første tid hjemme
- At koordinere jordemoderens og sundhedsplejerskens kontakt med familien efter hjemkomsten.
- At sikre at epikrisen indeholder oplysninger, der er relevante for den praktiserende læge, således at opmærksomheden på særlige behov hos familien skærpes.

### 15.2.3 Basistilbud på fødestedet

#### • Åben rådgivning op til 7 dage efter fødslen

Efter udskrivelsen skal forældrene have mulighed for at henvende sig telefonisk og personligt til fødestedet døgnet rundt ved behov for hjælp eller rådgivning op til 7 dage efter fødslen.

#### • Dagen efter fødslen

##### *Fleregangsfødende*

Hvis familien er udskrevet, kontakter jordemoderen/sygeplejersken familien dagen efter fødslen med henblik på at tilbyde råd og vejledning efter behov og på baggrund af mors oplysninger vurdere barnets og moderens tilstand. Ved problemer vurderer personalet, hvorvidt mor og barn skal tilbydes genindlæggelse, konsultation i ambulatorium eller hjemmebesøg af jordemoder.

##### *Førstegangsfødende og hjemmefødsler*

Til førstegangsfødende, som har født ambulat og ved hjemmefødsel tilbydes besøg i hjemmet af jordemoder. Såfremt jordemoderen vurderer, at der er særlige behov, skal hun kontakte sundhedsplejersken med henblik på eventuelt tidligere besøg end 4.-5. dagen.

Formålet med kontakten er blandt andet at vurdere, om amning eller anden ernæring er etableret, om barnet har vandladning og afføring svarende til alderen, om barnet er sløvt, om moderens fysiske restitution forløber normalt, og om familien befinder sig godt psykisk.

#### • 2.-3. dagen efter fødslen

Uanset om familien er indlagt eller udskrevet tilbydes alle forældre og nyfødte en konsultation i barnets 3. levedøgn (48-72 timer post partum). Formålet er at følge op på mor og barns tilstand efter fødslen og tilbyde screeningsundersøgelser af barnet. Konsultationen kan foregå på fødestedet, i en decentral jordemoderkonsultation eller i hjemmet.

##### *Samtalen*

Samtalen omfatter drøftelse af barnets tilstand og amning, drøftelse af mors fysiske tilstand, herunder blødning og loddier, efterveer, eventuelle smerter efter bristninger i mellemkødet og behov for smertestillende medicin. Endvidere drøftes mor og fars psykiske tilstand, fødsels forløb og forældrenes oplevelse af denne. Ved behov aftales tid til en uddybende efterfødselssamtale (se afsnit 15.4) med fødejordemoderen og evt. fødselslægen.

##### *Klinisk opfølgning af mor*

- Opfølgning på rhesus profylakse
- Opfølgning på hepatitis status
- Tilbud om at efterse bristninger. Ved problemer med opheling eller inkontinens henvises til speciallæge
- Vejledning om genoptagelse af samliv og antikonception

##### *Klinisk opfølgning af barnet*

- neonatal biokemisk screening (såkaldt PKU-prøve)
- hørescreening af barnet
- vurdering af barnets tilstand, herunder vandladning, afføring, hydreringsgrad og gulsot
- eventuelt transkutan måling af bilirubin eller blodprøve

Såfremt der ved denne konsultation viser sig at være vanskeligheder, der kræver kortere observation eller mere omfattende vejledning som fx amme problemer eller psykiske problemer hos mor anbefales, at fødestedet tilbyder dette umiddelbart i forlængelse af konsultationen. Såfremt familien ikke ønsker at blive på fødestedet, skal sundhedsplejersken efter aftale med familien kontaktes med henblik på orientering om problemerne, således at hun kan planlægge barselsbesøget i forhold hertil.

• **4.-5. dagen efter fødslen**

Som anført i afsnit 15.2.4 tilbyder sundhedsplejersken at aflægge et tidligt hjemmebesøg på 4.-5. dagen hvis familien er udskrevet indenfor 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler.

Såfremt man under konsultationen på 2.-3. dagen finder forhold, der sundhedsfagligt varetages bedst på fødestedet, kan kontakten på 4.-5. dagen finde sted der. Kontakten varetages da af jordemoder eller sygeplejerske og fødestedet orienterer den kommunale sundhedstjeneste om dette. Det kan være forhold, som kræver kortere observation eller intervention på fødestedet, som fx for stort vægttab hos barnet (> 10 %), gulsot, dårlig sutteteknik, vurdering af kort tungebånd og evt klip af dette, amme problemer, som kræver observation af flere på hinanden følgende amninger for bedre ammeteknik, brystbetændelse osv.

Når mor og barn udskrives orienterer fødestedet den kommunale sundhedstjeneste om evt. behandling og vejledning, så relevant opfølgning kan finde sted i hjemmet og i almen praksis.

**15.2.4 Sundhedsplejerskens opgaver**

Efter udskrivelse fra føde- eller barselsgang tilbyder den kommunale sundhedstjeneste besøg i hjemmet.

• **Tidligt hjemmebesøg 4 - 5 dage efter fødslen**

Såfremt familien er udskrevet indenfor 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler, tilbyder sundhedsplejersken at aflægge et tidligt hjemmebesøg på 4.-5. dagen efter fødslen. Formålet er at føre tilsyn med barnets trivsel i den første tid efter fødslen og dermed bidrage til at undgå genindlæggelse pga. dehydrering og/eller ernæringsproblemer, gulsot og brystbetændelse. Såfremt særlige forhold taler herfor (se ovenstående) og efter aftale med forældrene kan det tidlige hjemmebesøg erstattes af konsultation på fødestedet hos jordemoder eller sygeplejerske. Jordemoderen koordinerer dette med udgangspunkt i familiens behov på 2.-3. dagen.

Ved det første tidlige besøg fokuserer sundhedsplejersken på barnets trivsel, amning, evt. icterus samt familiedannelse. Sundhedsplejersken vurderer, om amning eller anden ernæring er sufficient og vejleder ved behov om ammeteknik samt drøfter partnerens rolle. Der bør være særlig fokus på information om og støtte til, at forældrene kan identificere barnets behov for mad, trøst, omsorg og kærlighed. Ved enhver kontakt bør sundhedsplejersken være opmærksomhed på familiens psykiske velbefindende og relationen mellem forældre og barn.

Der skal være særlig opmærksomhed på mødre i risiko for problemer med etablering af amning, som beskrevet i afsnit 15.1.4.

Der henvises i øvrigt til *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse*, Sundhedsstyrelsen 2011 og *Amning. En håndbog for sundhedspersonale*. Sundhedsstyrelsen.



Såfremt sundhedsplejersken på det tidlige hjemmebesøg vurderer, at der er behov for en vurdering af mors eller barnets tilstand på sygehuset, har forældrene mulighed for at henvende sig til fødestedet indenfor den første uge efter fødslen. Såfremt sundhedsplejersken vurderer, at det er problemer, der ikke kræver vurdering af fødestedet, aftaler sundhedsplejersken et behovsbesøg for opfølgning.

• **Etableringsbesøget**

Hvis der ikke har været et hjemmebesøg på 4.-5. dag, aflægges etableringsbesøget senest 7 dage efter udskrivelsen i henhold til *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*, Sundhedsstyrelsen 2011.

Hvis familien har fået et hjemmebesøg på 4.-5. dagen, fastsættes tidspunktet for etableringsbesøget ud fra en faglig vurdering og familiens ønsker og behov, dog senest når barnet er 14 dage gammel.

Såfremt familien udskrives fra fødestedet med særlige behov for støtte og rådgivning, tilbyder den kommunale sundhedstjeneste efter henvisning fra fødestedet besøg i henhold til bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 § 12. Ved problemer af ikke-sundhedsplejefaglig karakter i barselsperioden henviser sundhedsplejersken så tidligt som muligt til fødested, praktiserende læge, socialforvaltning eller andre relevante samarbejdspartner.

### 15.2.5 Den praktiserende læges opgaver

Det er den praktiserende læges opgaver:

- at undersøge barnet ved akutte henvendelser om helbredsmæssige eller trivselsmæssige problemer samt behandle og rådgive familien ud fra en lægefaglig vurdering
- At undersøge barnet 5 uger efter fødslen – jf. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*, Sundhedsstyrelsen 2011
- At varetage 8-ugers-undersøgelsen af kvinden, som beskrevet i kapitel 4
- At være opmærksom på, om moderen udvikler tegn på postpartum thyreoiditis
- At være opmærksom på, om en af forældrene udvikler tegn på fødselsdepression
- At drøfte antikonception og evt. kommende graviditeter
- At deltage i tværfaglige konferencer vedrørende mødre med særlig psykosociale problemstillinger.

Den praktiserende læge bør være særlig opmærksom på brystbetændelse, infektioner på brystvorterne (svamp og bakterier), evt. stramt tungebånd og trivselsproblemer, som skyldes patologiske forhold. Det anbefales, at den praktiserende læge henviser til sundhedsplejersken ved problemer, som kan skyldes uhensigtsmæssig ammeteknik eller andre forhold, der ikke er af lægefaglig karakter.

## 15.3 Komplicerede barselsforløb

Der vil være mødre og/eller nyfødte, der på grund af fysiske, psykiske eller sociale omstændigheder har behov for en særlig sundhedsfaglig indsats i barselsperiode. Det skal bemærkes, at forekomsten af komplikationer er hyppigere hos førstegangsfødende.

For moderen kan det blandt andet dreje sig om:

- Et traumatisk eller langt fødselsforløb, herunder sphincterruptur
- Flerfoldsfødsel
- Forløsning ved cup eller sectio, hvor der har været komplikationer
- Stor blødning >1000 ml
- Behov for anæstesi og operativt indgreb efter fødslen, fx fastsiddende placenta
- Præeklampsi eller hypertension
- Febrile tilstande, tidligere gruppe B streptokokinfektion eller langvarig vandafgang
- Gestationel diabetes eller anden behandlingskrævende medicinsk lidelse i svangerskabet
- Psykisk sygdom under graviditet og efter fødslen, fx depression, angst og tvangstanker efter fødslen og puerperal psykose
- Tidligere ammeforløb kortere end 5-6 uger.
- Tidligere fødsel af et barn med hastigt indsættende gulsot

Desuden kan det dreje sig om forældre med psykiske og/eller sociale problemstillinger, som beskrevet i kapitel 5.

For barnet kan det blandt andet dreje sig om:

- For tidlig fødsel (før fulde 37 uger)
- Væksthæmning / dysmaturitet
- Misdannelser
- Hvis en fosterdiagnostisk undersøgelse har rejst mistanke om sygdom hos barnet
- Hypoglykæmi
- Asfyksi

Sene præmature børn (34-36 fulde uger) frembyder særlige problemstillinger i forhold til amning, fordi de ikke er færdigudviklede. Mødrene har derfor behov for ekstra støtte og rådgivning for at få etableret amningen, se *Amning – en håndbog for sundhedspersonale*, Sundhedsstyrelsen.

I tilfælde, hvor kvinden har haft et kompliceret fødselsforløb, eller hvor der opstår patologiske tilstande i barselsperioden, bør kvinden og hendes partner have råd og vejledning om de specifikke komplikationer. Ved komplicerede forløb informerer personalet på fødestedet primærsektoren (sundhedsplejersken og den praktiserende læge) om moderens/barnets særlige problemstillinger efter aftale med moderen/forældrene.

#### 15.4 Efterfødselssamtale

Brugerundersøgelser har vist, at en efterfødselssamtale med jordemoder efterspørges af kvinderne, og at det øger tilfredsheden med forløbet.

Alle familier tilbydes ved konsultationen på 2.-3. dagen en gennemgang af fødselsforløbet med en jordemoder med henblik på at 1) afslutte den netop overståede graviditet og fødsel og rådgive omkring en evt. kommende graviditet og fødsel, 2) vurdere behovet for en uddybende efterfødselssamtale. For mange forældre vil den samtale være en tilstrækkelig afrunding af forløbet.

Forældrene bør informeres om, at de har mulighed for at henvende sig for at få en uddybende samtale på et senere tidspunkt, hvis de får behov herfor.

Andre forældre vil have behov for en eller evt. flere uddybende samtale(r), for at hele forløbet kan bearbejdes. Det kan eksempelvis være kvinder/familier med:

- Langvarigt fødselsforløb
- Anlæggelse af vakuüm extractor
- Syg nyfødt og barn født med misdannelser
- Akut sectio
- Behandlingskrævende blødning efter fødslen
- Stor bristning/sphincterruptur
- Dødfødsel
- Tegn på belastningsreaktioner (se afsnit 16.2.2)
- Mistanke om problematisk mor-barn-relationer
- Tidligere fødselsdepression
- Fødsel, hvor parret har særligt behov for at drøfte forløbet, uanset dette er vurderet ukompliceret af jordemoderen.

Som udgangspunkt tilbyder den jordemoder, der tog imod barnet, en uddybende efterfødselsamtale. Hvis familien ønsker at tale med en anden jordemoder end fødejordemoderen, arrangeres dette. Ved specielt komplicerede graviditets- og fødselsforløb vil det ofte være hensigtsmæssigt, at en obstetriker, som parret kender fra forløbet, deltager i efterfødselssamtalen, bl.a. med henblik på rådgivning vedrørende kommende graviditet og fødsel. Dette bl.a. med henblik på at undgå et ønske om planlagt kejsersnit uden lægelig indikation ("maternal request").

Samtalen bør som udgangspunkt afvikles senest inden for den første måned efter barnets fødsel. Dog kan samtalen gennemføres senere, hvis moderen/parret ønsker det. I forbindelse med sygdom, dødfødsel og/eller andre særlige traumatiske forløb kan jordemoderen tilbyde efterfødselssamtale i hjemmet. Såfremt jordemoderen tilbyder samtale i hjemmet, har jordemoderen ansvar for at koordinere samtalen med sundhedsplejerskens besøg af hensyn til familien.

#### 15.4.1 Samtalens indhold

Efterfødselssamtalen tager udgangspunkt i kvindens og partnerens oplevelser i forbindelse med graviditet og fødsel. Udgangspunktet er til enhver tid parrets behov for opfølgning på det afsluttede forløb. I løbet af samtalen afklares evt. spørgsmål i relation til selve fødejournalen. Parret kan ved behov sættes i kontakt med relevante faggrupper, såfremt parret ønsker en yderligere uddybning eller afklaring af forløbet. Jordemoderen kan også spørge til kvindens fysiske restitution, herunder smerter eller evt. gener fra bristninger/suturer, genoptagelse af samliv og prævention/familieplanlægning, bækkenbundstræning og inkontinens. Jordemoderen tilbyder inspektion af evt. syninger. Jordemoderen afklarer forældrenes psykiske trivsel ved samtale eller evt. ved hjælp af screenings-instrumenter for psykisk trivsel.

Sundhedspersonalet skal have særlig opmærksomhed på kvinder, der har haft et patologisk eller traumatisk forløb. Samtalen giver mulighed for, at kvinden og hendes partner kan få udtrykt og drøftet de bekymringer, som graviditets- og fødselsforløbet har medført. Formålet er at afklare problemstillinger, som parret ønsker belyst med hensyn til konsekvenser for moderen, barnet og evt.

familien på kortere og længere sigt. I nogle tilfælde kan det være nødvendigt for moderen at drøfte fødslen, før hun kan etablere relationen, knytte sig til barnet og påbegynde amningen. Det kan være nødvendigt og relevant at tilbyde yderligere samtaler, hvilket vurderes sammen med parret.

## **15.5 Kvinder/familier med anden etnisk baggrund end dansk**

Kvinder/familier med anden etnisk baggrund end dansk er en meget uhomogen gruppe, der kan have forskellige behov i barselsperioden.

Familiemønstrene og opfattelsen af de forskellige familiemedlemmers roller og opgaver i barselsperioden kan være meget anderledes end hos mange etnisk danske familier, ligesom der kan være særlige omstændigheder i forhold til sundhedsfremme, forebyggelse og behandling bestemt af kvindens kultur og oprindelsesland. Der kan være behov for at inddrage kvindens mor eller svigermor. Fødestedet bør anvende professionel, helst kvindelig, tolk i nødvendigt omfang.

HØRINGS

**Oversigt over basistilbuddene efter fødslen, afhængig af indlæggelsesvarigheden**

	Hjemmefødsel	Udskrevet indenfor 24 timer	Udskrevet mellem 24 og 72 timer	Udskrevet efter mere end 72 timer
Opdatering af post partum-plan inden forældre og barn har forladt fødestuen	X Jordemoder	X Jordemoder	X Jordemoder	X Jordemoder
Åben rådgivning op til 7 dage post partum	X Jordemoder	X Jordemoder eller sygeplejerske	X Jordemoder eller sygeplejerske	X Jordemoder eller sygeplejerske
1 døgn post partum	X Hjemmebesøg v. jordemoder	X Fleregangsfødende: Opringning ved jordemoder/ sygeplejerske Besøg tilbydes efter familiens behov  Førstegangsfødende: Hjemmebesøg v. jordemoder		
2.-3. dags konsultation (48-72 timer post-partum)	X Ved jordemoder  Ved behov kan tilbydes kort ophold på fødestedet med henblik på observation og rådgivning	X Ved jordemoder  Ved behov kan tilbydes kort ophold på fødestedet med henblik på observation og rådgivning	X Ved jordemoder	X Ved jordemoder
4. – 5. dags barselsbesøg	X Hjemmebesøg v. sundhedsplejerske.  Ved behov* kan undersøgelsen foregå på fødestedet/ barselsafdelingen	X Hjemmebesøg v. sundhedsplejerske  Ved behov* kan undersøgelsen foregå på fødestedet/ barselsafdelingen	X Hjemmebesøg v. sundhedsplejerske  Ved behov* kan undersøgelsen foregå på fødestedet/ barselsafdelingen	

\*Se afsnit 15.2.3