



Nyfødte barn og sårbare mødre

LEDER

MALIN EBERHARD-GRAN

malinebe@medisin.uio.no

Malin Eberhard-Gran er spesialist i samfunnsmedisin og professor i klinisk epidemiologi ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Hun er tilknyttet Område for fysisk og psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt og har initiert og ledet flere større befolkningsundersøkelser om svangerskapsrelatert helse.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ekspériment i kommunehelsetjenesten: Mor og barn kan nå sendes hjem bare timer etter fødselen – hvordan vil det gå?

Liggetiden etter fødsel har blitt stadig kortere og var i gjennomsnitt 2,7 døgn i 2016 (1).

Trenden med kortere liggetid begynte i USA allerede i 1950-årene, hvor et nytt uttrykk ble lansert, «drive-through-deliveries». I kjølvannet av denne utviklingen steg antallet reinnleggelser av både mor og barn. I tillegg økte antall spedbarn med uoppdaget alvorlig gulsott, som i verste fall kan føre til hjerneskade (2). En gjennomgang av sammenhengen mellom liggetid og forekomst av komplikasjoner hos barnet avdekket økt risiko for reinnleggelse på grunn av komplikasjoner hos barnet ved hjemreise innen 24 timer etter fødsel (3). Derfor anbefaler Verdens helseorganisasjon at barselkvinner bør bli minst 24 timer på sykehus etter en ukomplisert fødsel. En studie fra Helse Bergen viste at da gjennomsnittlig liggetid gikk fra 3,5 til 2,7 døgn, så økte antall innleggelser av spedbarn grunnet alvorlig dehydrering, en potensielt livstruende tilstand (4). Spedbarn som forgjeves suger på mors bryst uten å få nok melk blir etter hvert slappe og sover mye. Tilstanden kan derfor lett bli oversett av uerfarne foreldre. Fagmiljøene har uttrykt bekymring over økt forekomst av uheldige hendelser hos mor og barn etter tidlig utskrivning (5). Barneleger frykter at kortere liggetid kan medføre at man overser sjeldne, men alvorlige tilstander som debuterer de første dagene, f.eks. sepsis, hjertefeil og metabolske sykdommer.

Mange fødende opplever komplikasjoner under fødselen og trenger tid for å tilhele og komme til hektene. Også barselkvinner med ukomplisert forløsning trenger tett oppfølging. For å få til ammingen trenger mor ro og oppfølging av trygge og kyndige hjelpere. En fødsel er en sentral overgangsperiode i livet hvor det skjer store fysiske og følelsesmessige endringer i løpet av kort tid. Slike endringer gir økt psykisk sårbarhet. Søvn blir kortere og mer oppstykket. Barseldepresjon kan utløses av søvnmangel, kroppslige påkjenninger, komplikasjoner under fødselen, dårlig sosial støtte eller ammeproblemer. En depressiv tilstand oppstår gjerne når summen av belastninger

overstiger mestringsressursene. I norske studier fra begynnelsen av 2000-tallet var andelen som rapporterte depressive plager i barselperioden rundt 8–9 % (6). Lignende studier gjort i ettertid tyder på at andelen som strever har økt betraktelig (7). Disse mødrene må fanges opp slik at de kan få hjelp.

Også risikoen for debut eller oppblussing av bipolar lidelse er økt i forbindelse med fødsel. Ubehandlet kan det innebære betydelig risiko for utbrudd av psykose, særlig like etter fødselen (6). Søvnmangel er en velkjent «trigger».

Sykehusene kutter kostnader og løser kapasitetsproblemer ved å redusere liggetid og behandle flere pasienter poliklinisk. Det gjelder også friske barselkvinner. Flere steder i landet planlegges det å redusere liggetiden etter fødsel ytterligere. Når den nye kvinneklinikken på Haukeland universitetssykehus i Bergen står ferdig i 2022, er planen at 40 % av kvinnene skal sendes hjem 4–24 timer etter fødsel. I dag er det, på nasjonal basis, kun 4 % som reiser hjem innen 24 timer. I land med gode hjemmebaserte tjenester har «hjemmebasert barsel» vist seg å kunne fungere. Vi må imidlertid få mer forskningsbasert kunnskap om hvordan dette fungerer i en norsk setting før vi iverksetter det her til lands. Vil helsesøstrene klare å fange opp tidlige helseproblemer hos de nyfødte når liggetiden blir så kort? Vil helsesøster/jordmor klare å oppdage de psykisk sårbare like godt utenfor sykehussystemet? I hvilken grad kommer det til å påvirke ammingen? Skal kommunehelsetjenesten være helgebemannet for å ta imot barselkvinner og nyfødte?

Eventuelle besparelser for sykehusene må veies opp mot mulig risiko for mor og barn når ansvaret overføres til kommunen. Utviklingen er svært betenkelig, da de fleste kommuner fortsatt mangler nødvendig kompetanse, tid og ressurser til å overta dette ansvaret.

LITTERATUR

1. Medisinsk fødselsregister – statistikkbank. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (14.11.2018).
2. Parisi VM, Meyer BA. To stay or not to stay? That is the question. *N Engl J Med* 1995; 333: 1635 - 7. [PubMed][CrossRef]
3. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization, 2013.
4. Tjora E, Karlsen LC, Moster D et al. Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Paediatr* 2010; 99: 654 - 7. [PubMed][CrossRef]
5. Fladberg KL. Kortere liggetid etter fødsel: Fagfolk frykter alvorlig sykdom og spedbarnsdød. *Dagbladet* 19.2.2018. <https://www.dagsavisen.no/innenriks/kortere-liggetid-etter-fodsels-fagfolk-frykter-alvorlig-sykdom-og-spedbarnsdod-1.1103406> (14.11.2018).
6. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2007.
7. Haga SM, Ulleberg P, Slinning K et al. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Women Ment Health* 2012; 15: 175 - 84. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 10. desember 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0878

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. august 2022.