

Trygg barseltid for nyfødte barn

Undersøkelsen av nyfødte bør gjøres på den andre dagen etter fødselen. Utskrivningen bør individualiseres.

I Norge er det ulik praksis for valg av tidspunkt for utskrivning av friske nyfødte barn fra barselavdeling. Det er et behov for nasjonale veiledende retningslinjer. Helsedirektoratet har nylig lagt ut et høringsutkast om retningslinjer for barselomsorgen, *Nytt liv og trygg barseltid for familien* (1). Høringsfristen var 20.11. 2012. American Academy of Pediatrics foreslår at barselvisitt og utskrivning av friske nyfødte kan individualiseres forutsatt fysiologisk stabilitet hos barnet, familieberedskap og kompetanse til å gi nyfødte omsorg hjemme, og at tilgjengelighet til sosial støtte, helsevesen og andre ressurser er til stede (2, 3). Beslutninger om utskrivningstidspunkt bør tas av barnelege.

Tidlig utskrivning fra føde- og barselavdeling har blitt stadig vanligere, også i Norge. Dette skaper mer uforutsigbarhet i en sårbar tid for familier med nyfødte barn. Konsekvensen av tidlig hjemreise er at barnelegevisitten må fremskyndes til første levedøgn.

Hva er optimalt tidspunkt for barselundersøkelse?

Det har vært vanskelig å lage studier som belyser effekten av godt gjennomførte nyfødundersøkelser fordi endepunktene er uklare. Gulsott, dehydrering og spisevansker er kjent som de mest vanlige årsakene for reinnleggelse av barna (4, 5).

I slutten av 1980-årene ble det foretatt en studie på barselavdelingene ved Ullevål sykehus for å se om nyfødundersøkelsen kunne begrenses til én undersøkelse (6). Den gang var det to rutinemessige undersøkelser, henholdsvis første og fjerde dag. Konklusjonen var at man på første dag fant flere ubetydelige bilyder grunnet persisterende ductus arteriosus og trikuspidalinsuffisiens grunnet «persisterende føtal sirkulasjon» (vedvarende høy lungekarmotstand), mens noen bilyder relatert til reelle hjertemisdannelser ikke ble fanget opp. Man valgte da som hovedregel å undersøke barna andre dag, men at utvalgte risikobarn også skulle vurderes første dag.

Diagnose av behandlingstrengende gulsott, duktusavhengige hjertefeil, atrie- og ventrikkelseptumdefekter, gastrointestinale obstruksjoner og andre problemer kan kreve en lengre observasjonsperiode enn ett døgn (7). Innen dag 3–4 er oftest morsmelkproduksjonen kommet godt i gang, og bilirubinkonsentrasjonen har steget til et maksimum (8). Av hensyn til trygg barseltid er det derfor tilrådelig å vente med utskrivning i alle fall til andre dag. Conrad og medarbeidere har vist at et opphold på 24–36 timer er trygt når forholdene legges til rette for poliklinisk oppfølging (9). Dette kan tenkes utført i forbindelse med at barnet

kommer til blodprøvetaking for nyfødtscreening rundt 3. levedag.

Hva er til barnets beste?

Lengden på et opphold for friske nyfødte bør etter vår mening individualiseres ut fra mors og barnets egenskaper, begges helse-tilstand, mors trygghet og evne til å ta vare på barnet. Sykehusoppholdet bør være langt nok til at problemer kan oppdages tidlig. Nyfødundersøkelsen skal gi mulighet til å identifisere avvik og hjelpe foreldrene til å ta omsorgen for barnet.

Mange kardiopulmonale problemer knyttet til overgangen fra intrauterint til ekstrauterint miljø er mest fremtredende de første 12–24 timer av livet, mens symptomer på alvorlige hjertefeil kan opptre senere (10). En tidlig undersøkelse vil kunne medføre ekstra ultralydkontroller av hjertet. Selv etter innføring av pulsoksymetriscreening forblir enkelte medfødte hjertefeil udiagnostisert like etter fødselen, med varierende hyppighet angitt i ulike studier (11–13). Ved en tidlig undersøkelse, dvs. før 48 timer, vil det ofte være vanskelig å påvise ernæringsproblemer, gulsott eller misdannelser i mage-tarm-kanalen (14, 15). Melkeproduksjonen er ikke kommet tilstrekkelig i gang, og ammingen og fordøyelsen kan derfor vanskelig bedømmes.

Konklusjon

Utover spørsmålet om varighet av barseltiden bør det rettes mer oppmerksomhet på andre viktige faktorer som påvirker mors og spedbarns helse. Utskrivning fra barselavdelingen bør ta hensyn til medisinske, sosiale og økonomiske aspekter i hvert enkelt tilfelle. Av hensyn til den fysiologiske omstillingen barnet gjennomgår, og mors behov for opplæring til å ta omsorg for barnet anbefaler vi som hovedregel at mor og barn først utskrives etter 48 timer. Mødre som forløres med keisersnitt kan trenge et lengre opphold. Dette må vurderes individuelt. Vi anbefaler at barn som utskrives før 48 timers alder, undersøkes på nytt tredje dag samtidig med blodprøvetakingen for nyfødtscreening.

Stefan Kutzsche
stefan.kutzsche@medisin.uio.no
Drude Fugelseth

Stefan Kutzsche (f. 1954) er spesialist i barne-sykdommer og overlege ved Barneklivnikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Drude Fugelseth (f. 1951) er spesialist i barne-sykdommer og overlege og professor dr.med. ved Barneklivnikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

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

Litteratur

- Høringsutkast – retningslinjer for barselomsorgen. *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo: Helse-direktoratet, 2012. <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/barselomsorg/H%C3%B8ringsutkast.Retningslinje%20for%20barselomsorg.pdf> [10.1.2013].
- American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010; 125: 405–9.
- Lemons JA, Lockwood CJ. red. Guidelines for perinatal care. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2009.
- Britton JR, Britton HL, Beebe SA. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. *Pediatrics* 1994; 94: 291–5.
- Oddie SJ, Hammal D, Richmond S et al. Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Arch Dis Child* 2005; 90: 119–24.
- Lindemann R. Utredning om nyfødtsomsorgen i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 2/1990. Oslo: Helsedirektoratet, 1990.
- Britton JR, Britton HL, Beebe SA. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. *Pediatrics* 1994; 94: 291–5.
- American Academy of Pediatrics (AAP), American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). Postpartum and follow-up care. I: Hauth JC, Merenstein GB, red. Guidelines for perinatal care. 4. utg. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1997.
- Conrad PD, Wilkening RB, Rosenberg AA. Safety of newborn discharge in less than 36 hours in an indigent population. *Am J Dis Child* 1989; 143: 98–101.
- Mellander M, Sunnegårdh J. Failure to diagnose critical heart malformations in newborns before discharge—an increasing problem? *Acta Paediatr* 2006; 95: 407–13.
- de-Wahl Graneli A, Wennergren M, Sandberg K et al. Impact of pulse oximetry screening on the detection of duct dependent congenital heart disease: a Swedish prospective screening study in 39,821 newborns. *BMJ* 2009; 338: a3037.
- Thangaratinam S, Brown K, Zamora J et al. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379: 2459–64.
- Meberg A, Andreassen A, Brunvand L et al. Pulse oximetry screening as a complementary strategy to detect critical congenital heart defects. *Acta Paediatr* 2009; 98: 682–6.
- Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breast-feeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996; 23: 154–60.
- Heimler R, Shekhawat P, Hoffman RG et al. Hospital readmission and morbidity following early newborn discharge. *Clin Pediatr (Phila)* 1998; 37: 609–15.

Mottatt 22.10. 2012, første revisjon innsendt 22.11. 2012, godkjent 10.1. 2013. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

Publisert først på nett.