
Barseltid på pasienthotell

REDAKSJONELT

GRO NYLANDER

Gro Nylander er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og leder Nasjonalt ammesenter. I 1993 – 97 var hun prosjektleder for Mor-barn vennlig initiativ for oppdatering av ammeveiledningen i Norge i henhold til WHO/UNICEFs Ti trinn for vellykket amming.

Kvinneklubben
Rikshospitalet
0027 Oslo

”Deliver; then depart”, skrev Newsweek for en tid tilbake (1). Tendensen er at kvinner etter normale fødsler av friske barn utskrives stadig tidligere. De økonomiske ressursene er begrenset og sykehusdøgn er dyre. Fødselen skal avmedikaliseres, den er ingen sykdom, men en naturlig, fysiologisk prosess.

Fra å være en ferie der mor lå på stas en ukes tid og bare fikk korte besøk av barnet hver fjerde time, er barseloppholdet dramatisk endret de senere tiårene. Liggetiden er gått kraftig ned, i dag er 3 – 4 dager vanlig. Mor har fått barnet tilbake, hun ammer som aldri før, stiller seg selv og den lille, henter og bringer mat og blomster, går på trim, har besøk store deler av døgnet, forstyrres av små og store romkamerater om natten, stappes full av informasjon og drar sliten hjem etter hektiske døgn. Til tross for dette forteller Malin Eberhard-Gran og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet at bare 5 % av barselkvinnene ved de to undersøkte sykehusene var misfornøyd med oppholdet der (2).

I en barselavdeling er mor omgitt av helsepersonell som skal overvåke henne og barnet og hjelpe med startvansker og problemer. Lønn er den største utgiftsposten i sykehus. Det er antakeligvis hovedårsaken til at stadig flere pasienthotell tas i bruk i barselomsorgen. Carl Lindgren beskriver erfaringer fra Sverige (3). De 20 barselplassene i Karlstad, minst 40 personer med stort og smått, overvåkes av én jordmor om natten og to på dagtid. I sykehus er bemanningen normalt høyere. Det er her den økonomiske gevinsten ligger. Barselhotellet ved Ullevål sykehus planlegger en tilsvarende knapp bemanning (B. Berg, overjordmor, personlig meddelelse). Da brukes jordmødrene riktig nok innen eget fagfelt, mens hotellpersonell tar seg av serviceoppgaver og sekretærer ordner papirarbeidet.

Lindgren angir, fra barnelegens ståsted, at forutsatt fornuftige utvalgsriterier er det medisinsk trygt å bruke hotell i stedet for tradisjonell barselpleie. Bare få barn måtte overflyttes til barneavdeling. Lindgren fant uvanlig lav forekomst av uforutsette medisinske komplikasjoner så vel som av hyperbilirubinemi. Hyperbilirubinemi kan være en markør for inadekvat ernæring (4). Hyppig amming motvirker gule barn ved å minske enterohepatisk sirkulasjon av bilirubin. Mødre som praktiserer reell, døgkontinuerlig selvregulering uten atskillelse fra barnet, ammer ofte, spesielt i starten. Dette gir adekvat melkemengde på et tidlig tidspunkt hos de fleste (5).

Men hva med andre sider av saken? Er dette nok en gang en nedprioritering av kvinner og barn? Kvinnene måtte selv bekoste post partum-bind og -klær under oppholdet i Karlstad. Ville man forvente at ”sårede” menn, eventuelt etter store blodtap, skulle bekoste bandasjer og sykehusskjorter selv? Eller besørge all egenpleie og i tillegg ta hånd om et annet skjørt individ? Tar ikke verdens rike land seg råd til å gi den nyforløste mor og hennes barn den beste omsorg?

Eller omvendt: er dette unødig luksus? Mor og barn som overflyttes, får enkeltværelse med hotellstandard. Det er naturens orden at barselkvinner får lite søvn og kan kjenne seg slitne. De fleste velger i dag også i sykehus å ha kontakt med barnet døgnet rundt i tråd med WHO/UNICEFs vel dokumenterte Ti trinn for vellykket amming (5). Klager over slitsomme netter i barselavdeling handler ofte om store stuer og naboens urolige barn. Eberhard-Gran og medarbeidere finner at barselkvinners tilfredshet er omvendt proporsjonal med antall senger per rom (2). På enerom har man bare sitt eget barn å hankes med. På den annen side hender det at selv friske, selvregulerte barn skriker i timevis. Da er det ikke uvanlig at slitne mødre i sykehus lar personalet passe barnet sitt deler av natten. Det er det ikke anledning til på et hotell.

Hvordan går det så med ammingen? Dersom ammingen får en god, barneinitiert start i timen(e) rett etter fødselen og mor får den riktige informasjonen, går det oftest greit senere (5). Mange kvinner trenger likevel mye hjelp i startfasen. I regi av WHO representerer Norge for tiden hele Europa i en verdensomspennende studie av vekst hos optimalt ernærte spedbarn. Via Nasjonalt ammesenter følges de inkluderte mor-barnparene nøye, blant annet av spesialutdannede ammeveiledere som er tilgjengelige døgnet rundt så lenge mor ammer. Dette har avslørt en overraskende høy forekomst av ammeproblemer selv hos utvalgte, høyt motiverte mødre (Vekststudien, Nasjonalt ammesenter). Studien fra Karlstad forteller ingenting om problemer eller ammeforløp på lengre sikt.

På pasienthotellet i Karlstad får barna angivelig bare brysternæring, og veiing ved avreise viser tilfredsstillende vekt. Tilleggsernæring skal bare gis på medisinsk indikasjon (5). Her ligger Sverige foran Norge. En evaluering av norske barselavdelinger i 1997 viste at en stor andel norske nyfødte fortsatt får ymse tillegg på sviktende indikasjon (Nasjonalt ammesenter, upubliserte tall). Økende dokumentasjon viser betydningen av eksklusiv fullamming i 4 – 6 måneder. Nylig konkluderte en australsk prospektiv kohortstudie av nærmere 3 000 barn med at bruk av annen melk enn morsmelk før fire måneders alder er en signifikant risikofaktor for astma og atopi (6). Tidlig introduksjon av kumelkbasert ernæring settes også i forbindelse med utvikling av diabetes hos barn (7). Kan mors egen døgkontinuerlige omsorg for barnet bidra til at bruk av tillegg finner et riktig nivå?

Det er å håpe at barselhotell også i Norge vil vise seg å være et godt tilbud for mor og barn. Da gjelder det ikke å ta med nissen på lasset. Kan hotellbasert omsorg bidra til at uheldige rutiner forlates samtidig som man ivaretar gode tradisjoner? Det vil kreve dyktig, omsorgsfullt personell og utradisjonelle metoder for veiledning og opplæring av nye mødre. Hvis de får tid til å lære da, innimellom all selvbetjeningen?

LITTERATUR

1. Begley S, Springer K, Duignan-Cabrera A. Deliver; then depart. Newsweek 24.7.1995.
2. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S, Schei B. B Barselomsorg – søvn, hvile og tilfredshet Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1405 – 9.
3. Lindgren C. E Eftervård av nyfödda barn på patienthotell Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1409 – 11.
4. Spurgeon D. Early discharge for newborns may increase health risks. BMJ 1999; 319: 469.
5. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Genève, WHO, Division of Child Health and Development, 1998.
6. Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landan LI, Stanley FJ et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. BMJ 1999; 319: 815 – 9.
7. Vaarala O, Knip M, Taronen J. Cow's milk formula feeding induces primary immunization to insulin in infants at genetic risk for type 1 diabetes. Diabetes 1999; 48: 1389 – 94.

Publisert: 10. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.