
Eftervård av nyfödda barn på patienthotell

KLINIKK OG FORSKNING

CARL LINDGREN

Barneintensiv avdeling
Kvinne-barn klinikken
Barnesentret
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Eftervård på patienthotell av den nyförlösta kvinnan och hennes barn har praktiserats i Sverige sedan 1989. Under hösten 1998 öppnades det första patienthotellet med denna möjlighet på Haukeland Sykehus i Bergen. I maj år 2000 öppnar patienthotellet på Ullevål sykehus med 147 sängar och plats för 40 barselkvinnor. För att bibehålla den medicinska säkerheten för mor och barn krävs klara regler för vilka barn och nyförlösta kvinnor som kan eftervårdas i en hotellmiljö.

Erfarenheter från första kalenderårets verksamhet vid patienthotellet i Karlstad, Sverige, rapporteras. Våra data för denna selekterade grupp barn stödjer tidigare observationer av låg förekomst av oförutsedda medicinska komplikationer, marginell viktminskning av barnet och optimala betingelser för väl fungerande amning.

Eftervård av nyfödda barn på patienthotell är ett medicinskt säkert alternativ till traditionell barselpleie under förutsättning att korrekta urvalskriterier för överflyttning tillämpas.

Förlossning och eftervård av den nyförlösta kvinnan och hennes barn på sjukhus är en historiskt sett relativt ny företeelse. Traditionellt har barn fötts i hemmet och kvinnan har biståtts av en barnmorska och efter förlossningen haft stöd och hjälp av andra kvinnor i närmiljön. För hundra år sedan föddes 95 % av alla barn i Sverige hemma. 1940 hade denna andel sjunkit till 35 % och 1950 till 5 % (1). Idag föds praktiskt taget alla barn på eller (sällan) på väg till sjukhus. Planerad hemförlossning är, trots ett nyvaknat intresse för detta, fortfarande mycket ovanligt (< 1 %).

Av såväl ekonomiska skäl som till följd av ett ökat önskemål från alltför nyförlösta kvinnor har tiden på barsel successivt nedkortats. Detta har skett parallellt med en utbyggnad av primärvården och tillkomst av alternativa former till den traditionella förlossningsvården som t.ex. ABC (alternative birth clinic) kliniker.

Patienthotell avsedda att tjäna som komplement till den traditionella sjukhusvården för patientkategorier som inte är i direkt behov av medicinsk behandling eller övervakning har funnits i Sverige sedan 1980-talet (2). 1992 var 17 sådana patienthotell i drift, men patienterna rekryterades framför allt från specialiteterna onkologi, ögon, reumatologi och rehabilitering (3). Tanken på att den nyförlösta kvinnan och hennes barn skulle kunna vårdas utanför sjukhuset, men med närhet till professionell hjälp uppkom i slutet av 1980-talet. Som en följd av detta öppnades Sveriges första patienthotell med plats även för den nyförlösta modern och hennes barn i Lund 1989 (4) och 1993 vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. I september 1994 öppnades samma möjlighet vid patienthotellet vid Centralsjukhuset i Karlstad. Hösten 1998 öppnades det första patienthotellet i Norge vid Haukeland Sykehus i Bergen, och i maj 2000 öppnar det nya patienthotellet vid Ullevål sykehus med plats för 147 patienter varav 40 för nyförlösta mödrar och deras barn.

Patienthotellet i Karlstad ligger i direkt anslutning till sjukhuset och har 63 rum varav kvinnokliniken disponerar upp till 20 platser för eftervård. Rummen är likvärdiga med traditionella hotellrum och har plats inte bara för den nyförlösta kvinnan och hennes barn utan även för andra familjemedlemmar. Personalen består av två barnmorskor på dagtid och en på natten, vilka ger den nyblivna modern den hjälp och det stöd som hon själv önskar, men i övrigt förväntas hon sköta sig och sitt barn själv. Mor och barn som vistas på patienthotellet är formellt sett utskrivna från sjukhuset, och skall vid medicinska komplikationer formellt söka sin lokala vårdcentral, men denna service har tills vidare ombesörjts av barn- respektive kvinnoklinikens läkare. Alla hygienartiklar och kläder för såväl barnet som för egen del bekostas av föräldrarna. Mödrarna har helpension, det vill säga betalar ingenting för mat eller logi, men betalar en egenvårdsavgift, i likhet med patienter på vanlig vårdavdelning. Barnen undersöks av barnläkare vid två tillfällen i enlighet Socialstyrelsens rekommendationer. De barn som utskrivs före 72 timmars ålder erbjuds hembesök av barnmorska och att återkomma till hotellet för ny poliklinisk barnläkarundersökning och blodprovstagning för metabolisk screening undersökning.

Syftet med studien

För att utvärdera det första kalenderårets verksamhet registrerades alla nyfödda barn under 1995 för att undersöka incidensen av oväntade medicinska komplikationer, för att bedömma huruvida rätt urvalskriterier för eftervård på patienthotellet hade använts. Vi önskade också dokumentera vistelsens längd, och hur stor del av mödrarna som föredrog att resa hem innan blodprovstagning för metabolisk screening hade utförts. Då ingen tillmatning

av barnen skedde önskade vi dessutom undersöka hur stor viktninskning som friska nyfödda barn genomgår jämfört med den viktninskning som anses vara fysiologisk och registreras på traditionella barnbördsavdelning (BB).

Material och metoder

Under 1995 föddes totalt 2 584 barn vid Centralsjukhuset i Karlstad. Förutsättningarna för överflyttning till patienthotellet efter förlossningen bestämdes att vara Socialstyrelsens kriterier för tidig hemgång (5):

- – Förlossning efter 37 fullbordade graviditetsveckor och före utgången av vecka 42
- – Födelsevikt inom ± 2 SD
- – Ej instrumentell förlossning (vacuumextraktion, tång eller kejsarsnitt)
- – Vattenavgång < 24 tim före förlossningen
- – Apgar score > 7 vid 5 minuter

Sjuk mor utgjorde även naturligt nog en kontraindikation.

Av de 2 584 barnen överflyttades 516 (20,0 %) till neonatalavdelningen. 1 148 barn (44,4 %) reste antingen till hemortsjukhusets barselavdelning d.v.s Torsby, Säffle eller fram till april 1995 till Arvika direkt efter förlossningen, överfördes till den traditionella barselavdelningen på Centralsjukhuset, eller föredrog att åka direkt hem till bostaden. Sammanlagt 920 (35,6 %) barn, vars mödrar önskade överflyttas till patienthotellet och som dessutom uppfyllde kriterierna för överflyttning, kunde således användas för analys.

Vid inskrivning på hotellet registrerades barnets kön, gestationsålder och födelsevikt och vid utskrivning noterades utskrivningsvikt och postnatal ålder av tjänstgörande barnmorska på ett särskilt formulär. Uppgift om moderns paritet ingick inte i protokollet. Vid överflyttning från hotellet till barnkliniken gjordes en särskild notering i formuläret med uppgift om orsaken till överflyttning. Ingen registrering av namn eller födelsedatum gjordes. Eventuella maternella komplikationer registrerades inte i denna studie. Av de 920 barnen saknas antingen uppgifter om gestationsålder, hemgångsdag, födelsevikt, eller hemgångsvikt vid utskrivningen i 42 fall (4,3 %). 13 barn exkluderades avseende analys av viktutveckling och vårdtid på grund av medicinsk komplikation. Uppgifter från 865 barn kunde således analyseras avseende alla parametrar.

Resultat

Återflyttning till barnklinik

920 barn (466 flickor och 454 pojkar) skrevs in vid patienthotellet. Av dessa överfördes tio (1,1 %) till barnkliniken, åtta på grund av behandlingskrävande hyperbilirubinemi och två pga infektion. Hos tre barn noterades ortopediska komplikationer (två höftledsdysplasier och ett fall av pes equino varus).

Vistelsens längd

154 (17,8 %) barn hemskrevs på föräldrarnas önskemål före 72 timmars ålder. 334 (38,6 %) barn hemskrevs mellan 72 och 96 timmar, vanligen strax efter det att blodprovet för metabolisk screening var taget. Endast 23 barn (2,7 %) stannade längre än fyra dagar (>120 timmar) på hotellet, vanligen beroende på svårigheter med att uppnå en fungerande amning. Det var ingen skillnader mellan pojkar och flickor avseende vistelsens längd.

Viktutveckling

Medelvikten (95 % CI) vid födelsen för de 428 pojkarna var 3 713 (3 669 – 3 758 g) och för de 437 flickorna 3 577 (3 536 – 3 619 g). Det var inga signifikanta samband mellan födelsevikt eller tid för hemgång. Barnen vägdes som regel endast vid hemgång varför viktförändringen är redovisad som vikt vid utskrivningen. Den tydligaste viktförändringen noterades hos de barn som utskrevs mellan 72 och 96 timmar (– 5,2 % av födelsevikten). Viktutvecklingen och vårdtidens längd för de olika grupperna finns redovisad i tabell 1.

Diskussion

Huvudsyftet med denna studie var att undersöka hur många av de barn som uppfyllde kriterierna för tidig hemgång och följaktligen för överflyttning till patienthotellet var i behov av medicinsk vård i direkt anslutning till nyföddhetsperioden. Att endast drygt 1 % av barnen behövde återflyttas till sjukhuset för vård eller observation på barnkliniken talar för att gällande urvalskriterier garanterar en hög grad av medicinsk säkerhet, och stämmer gott med rapporterade data vid tidig hemgång (6).

Att åtta (0,9 %) av 920 fullgångna barn utvecklade behandlingskrävande icterus är betydligt lägre än vad som redovisats vid traditionell BB-vård i Skandinavien (7). En orsak till den låga incidensen, fränsett selektionen av friska fullgångna barn, kan vara att mor och barn inte rumsligen skildes åt med resultat att tidig amning etablerades vilket kan ha bidragit till en minskad entero-hepatisk recirkulation av bilirubin. En låg frekvens av hyperbilirubinemi bland barn som tidigt lämnar sjukhuset jämfört med de som ligger på traditionellt BB har tidigare rapporterats (6). En glädjande hög amningfrekvens har också karakteriserat värmländska mödrar som praktiserat tidig hemgång under 90-talet (8). Neonatal hyperbilirubinemi uppträder vanligen på 2 – 3

dagen efter förlossningen, varför detta tillstånd inte kunde förutses vid överflyttning till hotellet. De tre fall med ortopediska komplikationer utgjorde i sig inget hinder för eftervård på hotellet, och de två fall av höftledsdysplasi upptäcktes vid barnläkarundersökningen.

Då mor och barn formellt sett är utskrivna från sjukhuset skulle de vid oväntade medicinska komplikationer ha uppsökt sin distriktsläkare, men hittills har lokala förutsättningar och praktiska hänsyn lett till att eventuella problem under barseltiden handlägges av sjukhusets läkare, vilket inte inneburit någon nämnvärt ökad arbetsbelastning för sjukhusets personal. En viktnedgång upp mot 10 % av kroppsvikten med en lägsta vikt dag 4 – 5 har ansetts som som fysiologiskt vid traditionell barselpleie, särskilt där inte samvård mellan mor och barn tillämpas konsekvent. Nyligen har en minskning av kroppsvikten med 5,8 % på andra dagen post partum rapporterats hos fullgångna, fritt bröstuppfödda nyfödda barn (9). Vi noterade i likhet med Marchini och medarbetare den mest uttalade viktnedgång mellan 72 och 96 timmar (5,2 % av födelsevikten). Hos de barn som gick hem inom nästa intervall (96 – 120 tim) var medelvikten endast 4,5 % lägre än födelsevikten (tab 1). Detta stöder de observationer som rapporterat av Odelram och medarbetare att praktisering av fri amning och tidig hemgång leder till en mindre uttalad viktnedgång än som traditionellt ansetts som fysiologisk (6).

Tabell 1

Födelsevikt (95 % CI) och vikt vid utskrivning från patienthotellet uppdelat på tidpunkt för utskrivningen

Vårdtid (timmar)	Antal	Födelsevikt (95 % CI) (g)	Utskrivningsvikt (95 % CI) (g)	Viktnedgång (g) (%)
0 – 48	55	3 675(3 540 – 3 810)	3 524(3 398 – 3 650)	151(4,1)
49 – 72	99	3 644(3 555 – 3 733)	3 434(3 377 – 3 552)	180(4,9)
73 – 96	334	3 636(3 588 – 3 683)	3 446(3 401 – 3 491)	190(5,2)
97 – 120	354	3 650(3 600 – 3 700)	3 485(3 437 – 3 533)	165(4,5)
> 120	23	3 617(3 368 – 3 866)	3 467(3 239 – 3 695)	150(4,1)

Sammanfattning

Patienthotell erbjuder ett medicinsk säkert alternativ till barselpleie för friska fullgångna barn och friska kvinnor, under förutsättning av korrekta urvalskriterier tillämpas. Denna undersökning stödjer också tidigare observationer att fri amning och tidig utskrivning från sjukhuset, vare sig det är

till hemmet eller till hemlika förhållande på patienthotell, resulterar i en låg incidens av behandlingskrävande icterus, en marginell viktreduktion hos barnet och skapar optimala betingelser för en väl fungerande amning.

Jag tackar barnmorskor på patienthotellet som medverkade i studien genom att registrera data på barnen.

LITTERATUR

1. Höjeberg P. Jordemor – barnmorskor och barnaföderskor i Sverige. Stockholm: Gidlunds, 1981.
 2. Carlberg K, Danielsson G. Hur många av nuvarande inneliggande patienter kan bo på patienthotell och utredas och behandlas inom öppen vård. SPRI utredningsbanken 1983; 2730: 1 – 47.
 3. Olrog G. Patienthotell – kartläggning och analys. SPRI utredningsbanken 1992; 5311: 1 – 22.
 4. Ramsby Å. Snart kan nyblivan mammor i Lund checka in på patienthotell i lyxklass. Läkartidningen 1989; 86: 10 – 5.
 5. Edhag O, Thorén M. Socialstyrelsens allmänna råd om tidig hemgång efter förlossning. SOSFS 1993: 1. Stockholm: Socialstyrelsen, 1993.
 6. Odelram H, Nilsson B, Pehrsson-Lindell D, Ljungkvist E. Tidig hemgång efter förlossning, en säker och effektiv vårdform. Läkartidningen 1998; 95: 3190 – 4.
 7. Moan J. Lysbehandling av nyfödde med hyperbilirubinemi. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1459 – 63.
 8. Jansson S, Rydberg B. Bröstuppfödning efter tidig hemgång från BB. Soc Med Tidsskr 1997; 74: 484 – 7.
 9. Marchini G, Persson B, Berggren V, Hagenäs L. Hunger behaviour contributes to early nutritional homeostasis. Acta Pædiatr 1998; 87: 671 – 5.
-

Publisert: 10. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.