
Vet spedbarnet best?

INVITERT KOMMENTAR

THORLEIF GEORGE KISERUD

thorleif.george.kiserud@helse-bergen.no

Thorleif George Kiserud er spesialist i generell kirurgi og overlege ved Barnekirurgisk seksjon, Haukeland universitetssjukehus.

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

Behandlere har i uminnelige tider undret seg på hvor mye mat pasienten burde innta. Enklere blir det ikke for oss om pasienten kaster opp, er nyoperert i magen og ikke kan snakke.

Den lange reisen mot å bevise hva som er beste behandling startet historisk sett kanskje med noen skarpe observasjoner, som formet en regel, som ble skjøttet av laugene og ekspertene. Vi er fortsatt underveis, og nå bygger vi stein på stein med evidensbasert viten. Men ennå gjenstår mye uvisshet helt inn i vår praktiske hverdag. Med studien som nå publiseres i Tidsskriftet gir Elveos og medforfattere et viktig bidrag i kunnskapsbyggingen innen barnekirurgien [\(1\)](#) – et bidrag til ettertanke for oss som i god tro har fulgt reglene, regler uten evidens.

I 1717 beskrev Patrick Blair presist hypertrofisk pylorusstenose etter obduksjon av et spedbarn som hadde kastet opp til det døde [\(2\)](#). Tilstanden ble fryktet, og uoperert medførte den døden. Ja, selv med operasjon var utgangen ofte dødelig. I 1912 beskrev så Conrad Ramstedt behandlingsprinsippet slik vi kjenner det i dag: kirurgi hvor serosa og den fortykkede muskelen splittes ned til mukosa og etterlates gapende [\(3\)](#). Dette er stadig en av de hyppigst utførte operasjonene på de minste spedbarna. Kun tilgangen er endret siden da, og inngrepet utføres nå raskt, trygt og med gode resultater, som Elveos og medforfatteres artikkel også viser. Med rette kan dette kalles en av fagets landevinninger.

«Hundre år etter at gåten om operasjonsmetode ble løst, var det fortsatt uavklart hvordan det postoperative regimet skulle være»

Men hvordan skal barnet mates etter operasjonen? Hundre år etter at gåten om operasjonsmetode ble løst, var det fortsatt uavklart hvordan det postoperative regimet skulle være (4). Uenigheten strakte seg helt inn i mange sykehusavdelinger med internt forskjellig praksis. 15 % av undersøkte institusjoner i Nord-Amerika praktiserte «fri ernæring» etter operasjonen, men da gjerne med noen begrensninger. I omtrent 100 år har vi altså sultefôret pasienten. Et vanlig regime kunne være seks timers faste, så små mengder tynn glukoseblanding med timers mellomrom, videre fortynnet melk og så endelig melk. Det har ikke vært konsensus om hvor tidlig etter operasjonen matingen skulle starte, heller ikke hvor fort det skulle trappes opp og med hva.

Elveos og medforfattere viser til en metaanalyse fra 2016, den ene vi har, om ernæring etter operasjon for pylorusstenose (5). Det ble identifisert kun tre randomiserte studier i tillegg til 11 komparative som grunnlag for analysen. Analysen viste signifikant kortere liggetid ved fri ernæring, men i noen av studiene var komplikasjoner et eksklusjonskriterium. I metaanalysen konkluderte man også med mer oppkast ved tidlig ernæring og ved rask opptrapping. Mye var fortsatt ubesvart.

Men hadde vi spurt barnet? Eller mor? Ved pasientens side kan det også ha vært en sykepleier som har tenkt sitt. Forut for Elveos og medarbeideres studie utgikk det en masteroppgave fra samme avdeling. I denne beskrives «frustrasjon hos både spedbarnet, foreldrene og sykepleiere da barnet kan være urolig fordi det er sultent». Oppgavens konklusjon var følgende: La oss samle oss om å la barnet spise fritt (6). Avdelingen ved Oslo universitetssykehus tok da den modige beslutningen om å bryte paradigmet. Når alle på laget får spille inn, blir gjerne resultatet bedre. Det kan oppstå noe verdifullt – som bedre pasientbehandling og studier som denne.

«Oppgavens konklusjon var følgende: La oss samle oss om å la barnet spise fritt. Avdelingen ved Oslo universitetssykehus tok da den modige beslutningen om å bryte paradigmet»

Elveos og medarbeidere har gjennomgått hva det medførte da avdelingen la om til at spedbarnet selv skulle bestemme inntaket. Det er et stort ansvar å gi til en fem uker gammel baby. Så godt det lar seg dokumentere med retrospektivt design har de funnet at den lille vet best. Barnet spiser det det klarer, hos diende kanskje regulert litt av mindre produksjon hos mor, og kommer seg forttere og uten flere komplikasjoner. Så studien lærer oss også: Hadde vi spurt pasienten tidligere, og lyttet til pasientens ordløse tale, hadde vi spart mange små og store for unødvendig sult og plage. Fortsetter vi å spørre, kommer det nok flere svar.

Takk til gruppen i Oslo som valgte å lytte til spedbarnet, og som har murt en fin, liten stein inn i kunnskapsbygget.

REFERENCES

1. Elveos M, Skari H, Hansson K et al. Fri ernæring etter operasjon for pylorusstenose. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0168. [CrossRef]
2. Blair PI. I. An account of the dissection of a child. Communicated in a letter to Dr. Brook Taylor, R. S. Sec. *Philos Trans R Soc Lond* 1717; 30: 631–2. [CrossRef]
3. Rammstedt C. Zur Operation der angeborenen Pylorusstenose. *Med Klin* 1912; 8: 1702–5.
4. Juang D, Adibe OO, Laituri CA et al. Distribution of feeding styles after pyloromyotomy among pediatric surgical training programs in North America. *Eur J Pediatr Surg* 2012; 22: 409–11. [PubMed][CrossRef]
5. Sullivan KJ, Chan E, Vincent J et al. Feeding Post-Pyloromyotomy: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2016; 137: e20152550. [PubMed][CrossRef]
6. Anda KK, Østberg MK. Forslag til fagprosedyre for pre- og postoperativ sykepleie til spedbarn med pylorusstenose. Master thesis. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2017.

Publisert: 19. februar 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0098
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. februar 2026.