

Bør behandlingen av svært for tidlig fødte barn sentraliseres?

Etter konsensuskonferansen Grenser for behandling av for tidlig fødte barn i 1998 anbefalte Norges forskningsråd at behandlingen av barn født før 26. svangerskapsuke bør sentraliseres til regionsykehus. Anbefalingen følges opp i Stortingsmelding nr. 43 Om akuttmedisinsk beredskap. Sammenstilling av data fra fire sentralsykehus de siste fem årene viser at ca. 75 % av barn født i uke 24 overlever til utskrivning – overlevelsesserater på høyde med det beste i utlandet. Vi er imot sentralisering og kritiserer Norges forskningsråd for å fremme en anbefaling det i dag neppe er vitenskapelig belegg for eller konsensus om. Vi er også skremt over Forskningsrådets manglende analyse av hvilke konsekvenser dette vil kunne få for hele det nyfødtemedisinske tilbudet ved sentralsykehusene.

Norges forskningsråd arrangerte i november 1998 konsensuskonferansen Grenser for behandling av for tidlig fødte barn. Konsensuspanelet bestod av ni medlemmer, ingen av disse arbeidet i nyfødtafdeling ved sentralsykehus. Av 22 foredragsholdere på konferansen var en fra et sentralsykehus.

En av hovedkonklusjonene etter konferansen ble: «Behandling av barn før fullgått 26. svangerskapsuke, bør sentraliseres til regionsykehus for at det kan utvikles god kompetanse i behandlingen av disse svært små». Spørsmål om sentralisering av de minste barna var ikke stilt før konferansen, ei heller var det diskusjonstema under konferansen. Konklusjonen om sentralisering fremmes som departementets syn i Stortingsmelding nr. 43 Om akutt medisinsk beredskap (1). Denne meldingen er nå (1.12. 2000) til behandling i Stortinget. Blir anbefalingen om sentralisering fulgt, vil dette angå fem store sentralsykehus som i dag til sammen behandler vel 1/3 av alle barn født før 26. svangerskapsuke i Norge.

Konsensuspanelet mente kanskje at det i dag er for dårlig kompetanse for å behandle disse barna ved sentralsykehus. Vi som arbeider ved nyfødtafdelinger ved sentralsykehus, tenker lett: Dersom vi ikke kan behandle disse små barna, er vi da kompetente til å behandle andre nyfødte? Hva med større for tidlig fødte og hva med de som uforutsett blir født ekstremt for tidlig? Er dette første

steg for å sentralisere intensiv nyfødtemedisin til regionsykehusene?

For å vurdere dette har vi gjennomgått våre data for barn med fødselsvekt under 1000 g fra eget fylke i tiden 1995–99 og primært behandlet ved egen sentralsykehusavdeling. Våre data er sammenliknet med opplysninger fra Medisinsk fødselsregister og må betraktes som foreløpige ettersom vi ennå ikke (1.12. 2000) har mottatt opplysninger for 1999 fra Fødselsregisteret (per 6.2. 2001). I undersøkelsen deltok nyfødtafdelingene ved sentralsykehusene i Nordland, Østfold, Akershus og Rogaland. Avdelingen i Ålesund som også behandler ekstremt for tidlig fødte, kunne av datatekniske grunner ikke delta i undersøkelsen.

Av totalt 204 barn med fødselsvekt mindre enn 1000 g fra eget fylke innlagt i egen intensiv nyfødtafdeling ble 168 (82%) utskrevet i live. Materialet er komplett for alle med svangerskapslengde 26 uker og kortere. Overlevelse relatert til svangerskapsalder var for uke 23, 24, 25 og 26 henholdsvis 46%, 74%, 84% og 88%. Våre rater for overlevelse er høyere enn andres (2, 3).

Vi vet ikke hvorfor konsensuspanelet fremmet forslag om sentralisering uten at dette var diskutert som eget tema under konferansen. Noen mistanker trenger seg på:

– I Sverige defineres behandling av ekstremt for tidlig fødte som en regionsykehusoppgave. Her viste en undersøkelse (4) over barn med fødselsvekt mindre enn 1001 g at flere barn døde i første leveår dersom de var behandlet ved type IIa-avdeling (tilsvarende sentralsykehus) enn hvis de var behandlet ved type III-avdeling (tilsvarende regionsykehus). Denne undersøkelsen var utført i en periode (1990–92) med bare delvis bruk av antenatale steroider og surfaktant. Sammenlikninger med Sverige vanskeliggjøres også av at det i 1990-årene har vært oppbygging av nyfødtemedisinsk kompetanse ved sentralsykehusene i Norge: To-tre neonatologer ved hver avdeling, spesialtrenet personell (mange sykepleiere har spesialutdanning og blir ved avdelingen i årevis) og et godt miljø for tett mor-barn-kontakt, i alt et bedre vekst- og utviklingsmiljø for barna. Utstyret er blitt bedre og mulighetene for oppfølging og kontinuitet optimaliseres. Under siste nordiske perinatalkongress i Reykjavik i september 1999 ble det lagt frem data for overlevelse til utreise av svært små barn. I Uppsala og Umeå (Fredrik Serenius og medarbeidere) har man hatt en aktiv holdning til

resuscitering og overflyttet til intensiv behandling alle nyfødte med svangerskapslengde 25 uker og kortere i tiden 1992–98. Her var overlevelse til utskrivning for barn født i uke 23, 24 og 25 henholdsvis 42%, 63% og 78%. Selv om det ikke uten videre er riktig å sammenlikne våre foreløpige resultater med de svenske, vil vi anta at våre resultater ikke er vesentlig dårligere.

– I England observerte man tidligere bedre resultater for behandling av de minste ved større avdelinger. Denne forskjellen mellom mindre og større avdelinger var imidlertid blitt borte i 1990-årene (5, 6).

– Antall ekstremt for tidlig fødte barn er lite, og behandlingen bør ikke spres på for mange steder. I en større undersøkelse fra USA (7) fant man ikke at standardisert neonatal mortalitet for barn med fødselsvekt mindre enn 1500 g var relatert til antall behandlede barn per år. Liknende funn er også gjort i England (6).

– Det var ingen representant fra sentralsykehusene i konsensuspanelet. Kan det tenkes at panelet er ukjent med hvordan sentralsykehusene fungerer i dag?

– Under konferansen ble det satt sterkt søkelys på at mange ekstremt for tidlig fødte dør og at mange får funksjonshemninger. Kanskje ble det en uberettiget frykt for at når flere ekstremt for tidlig fødte vokser opp, blir det totalt sett flere med betydelige handikap og derved store utgifter for samfunnet. Dette er kanskje i dag ikke uten videre riktig heller (8).

– Fagfolk (pediatere, gynekologer) tror prognosen for ekstremt for tidlig fødte er verre enn den i virkeligheten er (9). Det kan lett ha utviklet seg en etterpåklokskap (hindsight bias) (10) i panelet etter at det meste av konferansen hadde dreid seg om utfallet (mortalitet og morbiditet) for de minste. Når man kjenner utfallet, bedømmes situasjonen i forkant å være verre enn den i virkeligheten er. Det at det meste av hovedkonklusjonene dreier seg om å sette tydelige grenser, og at det mangler anbefaling om betydningen av tidlig mor-barn-kontakt, kan etter vår mening tale for dette.

Det blir lite tillitsvekkende og galt når Norges forskningsråd stiller seg bak en anbefaling om sentralisering som i liten grad bygger på nyere forskningsresultater og hvor analyse av konsekvenser på lengre sikt mangler. Skal konsensuskonferanser i fremtiden være veiledende for organisering av helsevesnet, må et absolutt minimumskrav være at ny faglig dokumentasjon danner

grunnlaget for anbefalingene. Sentralsykehusene representerer en stor del av fagmiljøet som bør tas med og høres. Slik nyfødtsomsorgen fungerer på våre sentralsykehus i dag, mener vi det er uklokt å sentralisere omsorgen av ekstremt for tidlig fødte til regionsykehus. En slik sentralisering vil få betydelige negative konsekvenser for foreldre til slike barn og for et velfungerende nyfødtsmedisinske miljø ved sentralsykehusene det har tatt mange år å bygge opp.

Jan Holt

Jan.Holt@nss.nl.no

Barneavdelingen
Nordland sentralsykehus
8092 Bodø

Inger Elisabeth Silberg

Mljosl@online.no

Barneavdelingen
Sykehuset Østfold
1603 Fredrikstad

Teresa Farstad

Tfarstad@online.no

Barneavdelingen
Sentralsykehuset i Akershus
1474 Nordbyhagen

Gro Flatabø Zanussi

Zanussi@c2i.net

Barneavdelingen
Sentralsykehuset i Rogaland
4003 Stavanger

Litteratur

1. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap.
2. Sutton L, Bajuk B and the New South Wales Neonatal Intensive Care Unit Study Group. Population-based study of infants born at less than 28 weeks' gestation in New South Wales, Australia. In 1992–93. Paediatr Perinat Epidemiol 1999; 13: 288–301.
3. Wood NS, Marlow N, Costeloe K, Chir B, Gibson AT, Wilkinson AR. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. N Engl J Med 2000; 343: 378–84.
4. Finnstrøm O, Olausson PO, Sedin G, Serenius F, Svenningsen N, Thiringer K et al. The Swedish national prospective study on extremely low birthweight (ELBW) infants. Incidence, mortality, morbidity and survival in relation to level of care. Acta Paediatr 1997; 86: 503–11.
5. Field D, Hodges S, Mason E, Burton P. Survival and place of treatment after premature delivery. Arch Dis Child 1991; 66: 408–11.
6. Field D, Draper ES. Survival and place of delivery following preterm birth: 1994–96. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999; 80: F111–F115.
7. Horbar JD, Badger GJ, Lewit EM, Rogowski J, Shinon PH. Hospital and patient characteristics associated with variation in 28-day mortality rates for very low birth infants. Pediatrics 1997; 99: 149–56.
8. McCormick MC. The outcomes of very low birth weight infants: Are we asking the right questions? Pediatrics 1998; 100: 869–76.
9. Morse SB, Haywood JL, Goldenberg RL, Bronstein J, Nelson KG, Carlo WA. Estimation of neonatal outcome and perinatal therapy use. Pediatrics 2000; 105: 1046–50.
10. Arkes HR, Wortmann RL, Saville PD, Harkness AR. Hindsight bias among physicians weighting the likelihood of diagnosis. J Appl Psychol 1981; 66: 252–4.

Litt mosjon gir økt konsentrasjon



Norges bedriftsidrettsforbund

Pausegymnastikk nr. 9

Helse på jobben. CD. 40 min. Oslo: Norges bedriftsidrettsforbund, 2001. Pris NOK 298

Norges Bedriftsidrettsforbund har utgitt en CD med pausegym i samarbeid med Norges gymnastikk- og turnforbund, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Statens tobakkskaderråd og Den Norske Kreftforening.

CD-en har 15 øvelser som gjennomføres på ca. ti minutter. Programmet kan deles inn i fem minutters sekvenser, som også anbefales. Øvelsene presenteres med to forskjellige musikkvalg, med og uten kommentarer. Tre instruktive plakater medfølger.

Bedrifter, eldresentre, institusjoner og kurs- og konferansearrangører er mulige brukergrupper av pausegymnastikk. På arbeidsplassen kan et avbrekk med fem minutters daglige øvelser hjelpe godt for spente og ømme muskler, i tillegg til at den sosiale faktoren gir energi og økt arbeidslyst. Det vanskeligste og viktigste er å komme i gang!

Foredragsholdere på kurs og konferanser vet at det er nødvendig med pauser, men det er lett å glemme hvor viktig det er å bevege kroppen, strekke seg og få oksygen til hjernen. Litt mosjon gir økt konsentrasjon!

Pausetrimgruppen i Legeforeningens sekretariat har i mange år benyttet trimkassetter fra Norges bedriftsidrettsforbund. Musikken til *Pausegymnastikk nr. 9* er enda bedre enn tidligere, behagelig og avstressende og en fornøyelse å bevege seg til. Som nevnt er det to musikkvalg, og begge variantene er like bra. Øvelsene er så enkle at de kan følges av alle, og plakaten som illustrerer øvelsene, kan legges vekk etter to dager. Instruksjonen er grei nok, men siden vi er avhengig av veiledning, ville vi foretrekke at instruktør angir takten under hele øvelsen – ellers blir det lett rot og røre. Overgangen mellom noen av øvelsene var litt for kjapp, det var ikke tid til å summe seg før man er godt i gang med neste nummer. Siden målgruppen også skal være eldresentre, burde man tatt sterkere hensyn til dette. Likeledes var et par av øvelsene kortere og hurtigere enn hva vi var vant med fra tidligere, men hensikten er antakelig å få fart på blodsløpet. Etter en tid, når øvelsene er godt innarbeidet, vil ev. motforestilling være borte.

Øvelsene er spesielt gode for nakke, rygg og skuldrer, og alle som arbeider mye foran PC-en har stor nytte av disse øvelsene. Man fylles av velvære og velbehag, og man er selv aktivt med på å forebygge ev. plager.

Vi ønsker den nye CD-en velkommen, og håper det ikke blir altfor lenge til vi kan mota CD nr. 10, det er moro med litt variasjon.

Kari Bolling

Organisasjonsavdelingen
Legeforeningen

☞ Se også side 664