

Klima og tru

Eg synest der er nesten ufatteleg at «klimaeliten» her i landet, representert ved bl.a.

Drange & Kvåle i Tidsskriftet nr. 13–14/2010 (1), enno ikkje har teke innover seg jukset som har kome fram med

Climategate, Himalayagate og Hurricanegate. Like utruleg meiner eg det er at Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) og dei vitskapsmennene som står bak denne organisasjonen framleis vert sett på som pålitelege.

Trua på at menneskeskapt CO₂ skal kunne føre til katastrofal oppvarming har etter mi meining gått inn i ein religiøs dimensjon, og den får rikeleg støtte frå politisk hald. Drange, Kvåle og deira like må gjerne få tru kva dei vil. Verre vert det når denne trua på CO₂-oppvarminga medfører vanvettige milliardoverføringar til fåfengde prosjekt, til dømes CO₂-reinsing. Regjeringa vil CO₂-reinsing Kårstø-anlegga til ein pris på 15–27 milliardar kroner. Eg undrast: Kor mykje helse ville vi kunne fått for desse pengane, heime eller ute?

Gunnar Saunes
Ulsteinvik

Litteratur

1. Kvåle G, Drange H. Klima og helseskader. Tilsvar. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1329.

Vanlige misforståelser om mødredødelighet

K. Brodwall's artikkel om mødredødelighet i Tidsskriftet nr. 13–14/2010 (1) inneholder noen misforståelser som er såpass vanlige at de bør korrigeres. Han definerer mødredødelighet som død under svangerskap, fødsel eller innen 42 dager etter fødselen. Dette er samsvarende med den definisjonen som finnes i artikkelen han bruker som referanse (2). Men begge utelater en viktig årsak til det som kalles mødredødelighet, nemlig dødsfall knyttet til abort. Det som kalles mødredødelighet er egentlig graviditetsrelatert dødelighet (3). Globalt regner man at 13 % av mødredødeligheten skyldes farlige aborter. Denne prosentdelen er høyere i enkelte land (4).

En av grunnene til den vanlige misforståelsen om at det kun dreier seg om fødsler, skyldes selve målingen av mødredødelighet. Mødredødelighetsratio er en brøk. Telleren er antall døde i løpet av graviditeten eller innen 42 dager etter avsluttet

graviditet, der årsaken er graviditet, fødsel eller abort, eller håndteringen av disse. Nevneren er antall levendefødte. Det hadde vært mer rasjonelt at nevneren var antall graviditeter. Da hadde vi fått et sannere mål for risiko ved hvert svangerskap. Men ikke engang land med utmerket statistikk har tall for antall graviditeter. Derfor benyttes antall levendefødte barn som prokxy indikator for antall graviditeter. Sammen med selve uttrykket «mødredødelighet» er nok dette medvirkende til oppfatningen om at det utelukkende er dødsfall i forbindelse med fødsler det dreier seg om.

Landene med høy mødredødelighet har også gjerne dårlig statistikk. Det betyr at det er store konfidensintervaller i estimatene for mødredødelighet. Selv i Norge har vi usikre tall. I artikkelen som Brodwall refererer til, er det angitt en mødredødelighetsratio i landet vårt på sju per 100 000 levendefødte i 1980–2000, men åtte i 2008. Likevel er 95 % konfidensintervall for begge angivelser 5–10 per 100 000. Det er derfor ikke snakk om noen målbar endring.

Brodwall skriver at estimatene viser at 342 900 mødre døde i 2008. Men siden det dreier seg om alle graviditetsrelaterte tilstander, er det mange av dem som dør en «mødredød» som ikke er mødre. Disse dør etter farlige aborter eller dør uforløste, og da dør fosteret med dem. Årsaken til mødredødsfallene er heller ikke det å være mor, men at svangerskap, fødsler og aborter forsømmes. Det er en viktig distinksjon i arbeidet med å nå FN's tusenårsmål nummer 5 om bedring av mødre helse.

Berit Austveg
Oslo

Litteratur

1. Brodwall K. Fremdeles høy mødredødelighet. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1320.
2. Hogan MC, Fireman KJ, Naghavi M et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. Lancet 2010; 375: 609–23.
3. WHO. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births). www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/index.html [2.7.2010].
4. WHO. Maternal mortality. www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/en/index.html [2.7.2010].

Den vanskelige nyfødttmedisinen

Professor Thor Willy Ruud Hansen stiller i Tidsskriftet nr. 15/2010 det retoriske spørsmål «Kanskje vi bør slutte med å diskriminere de premature i Norge?» (1). Konsensus er en kvalifisert nasjonal mening om en handlingsstrategi som skal danne grunnlag for beslutninger (2). Det er vel nettopp for å unngå diskriminerende praksis vi bør være lojale og følge den til enhver tid gjeldende konsensus. Det er bred enighet om at vi ikke har sett noen bedret overle-

velse eller redusert mortalitet for de minste premature fra slutten av 1990-årene og frem til i dag. Innenfor overskuelig fremtid er det ikke noe som taler for en endring i slik mortalitet og morbiditet. Nyfødttmedisinen ser ut til å ha funnet sin begrensning (3). Resultater publisert i 2004 for barn født i 2000, gjelder også i dag (3). Hvor mange av oss har ikke sett håpet, fortvilelsen og sorgen hos foreldre til de minste ekstremt premature som etter timer, dager eller uker likevel ikke får beholde livet. Av hensynet til de aller aller minste, deres foreldre og samfunnet kan det ikke være forsvarlig å satse for enhver pris og uansett svangerskapsalder? Jeg mener derfor at vi valgte et medisinsk forsvarlig, moralsk og etisk korrekt ståsted i 1998 som ikke er diskriminerende for de barna som er på grensen av levedyktighet.

Kjell Arne Johansson & Ingrid Miljeteig reagerer i et annet innlegg på at vi velger å kalle disse pasientene kostnadsintensive (4). Kostnad ved helsebehandling er et utfordrende fagfelt. Fortsatt fødes det svært få pasienter i uke 22–24 som overlever. Mange av de publiserte studiene er derfor ofte basert på økonomiske modeller (5). Bratlid & Norderhaugs artikkel er, slik jeg ser det, ikke et innlegg for å vurdere kvalitetsjusterte leveår (QUALY), avstå fra behandling eller endre rutiner innenfor nyfødttmedisinen, men et viktig tilskudd til debatten om kostnad per pasient i forskjellige DRG-grupper (6).

Studier som både vurderer korttids- og langtidsmorbiditet og kostnader i relasjon til QUALY, er både nødvendig og viktig. Studier basert på andre lands data er viktig, men den norske populasjonen er likevel annerledes og vi må i større grad forsøke å gjøre epidemiologiske langtidsstudier i egen fødselskohort (7, 8).

Dag Helge Frøisland
Lillehammer

Litteratur

1. Hansen TW. Begrenset behandling av dyre premature. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1447.
2. Rygh MG. Hva er konsensuskonferanse? <http://forskingsradet.ravn.no/bibliotek/forskning/199604/1996040201.html> [10.8.2010].
3. Meadow W, Lantos J. Moral reflections on neonatal intensive care. Pediatrics 2009; 123: 595–7.
4. Johansson KA, Miljeteig I. Rettferdig bruk av kostnadsdata. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1448.
5. Mangham LJ, Petrou S, Doyle LW et al. The cost of preterm birth throughout childhood in England and Wales. Pediatrics 2009; 123: e312–27.
6. Nordermoen A, Bratlid D. Kostnader ved behandling av svært for tidlig fødte barn. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1130–4.
7. Markestad T, Kaarensen PI, Ronnestad A et al. Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants. Pediatrics 2005; 115: 1289–98.
8. Doyle LW. Neonatal intensive care at borderline viability – is it worth it? Early Hum Dev 2004; 80: 103–13.