

Unødvendige prøver av navlestrengsblod

Det dukker stadig opp nye metoder for undersøkelse og behandling. Noen blir innført etter grundig utprøving, andre mer tilfeldig. Rutinemesig undersøkelse av blod fra navlesnoren hos nyfødte hører til den siste kategorien.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Ved flere store fødeavdelinger har man i den senere tid innført måling av $p\text{CO}_2$ og syre-base-status i blod fra navlesnoren til alle nyfødte umiddelbart etter fødselen. Ved andre avdelinger tar man slike prøver selektivt, det vil si etter operativ forløsning og når kardiokografiske kurver har vært patologiske eller vanskelige å tolke. Dette er en ny praksis. Inntil for få år siden ble slike prøver tatt bare der barnet var dårlig ved fødselen, uttrykt som lav apgarskår bedømt etter klinisk undersøkelse og i enkelte andre tilfeller som krevde intensiv nyfødtpleie med overflytting til barneavdeling som grunnlag for korrigerende behandling.

Jeg har spurt kolleger ved flere fødeavdelinger om hvorfor man har begynt å masseundersøke blod fra nyfødte på denne måten og har fått et unisont svar: Det er godt å kunne vise til prøveresultatene ved en eventuell rettsak i fremtiden. En slik begrunnelse for en så omfattende screeningpraksis er overraskende og gir grunn til refleksjon. «Amerikanske tilstander» manes frem som et spøkelse vi ikke ønsker å møte. Imidlertid er det ingen regel i USA som tilsier at det skal tas slike prøver ved enhver fødsel, selv om alle delstatene har egne bestemmelser om hvilke tilstander de nyfødte skal undersøkes for (1).

For å finne ut om den nye praksisen er forankret i skriftlige retningslinjer, har jeg konsultert Norsk gynekologisk forenings veiledere i fødselshjelp, som er de mest offisielle vi har. I veilederen fra 1998 fant jeg ingenting, verken i kapitlet om overvåking med kardiokografi (CTG), pH- og blodgassanalyser under fødsel eller i det om behandling av neonatal hypoksi (2). I en revidert utgave fra 2006, som foreløpig bare er publisert på nettet, er det derimot klare anbefalinger om å ta blodprøver fra navle-

snoren etter fødsel (3). I listen over anbefalte indikasjoner inngår «Fødselen har blitt overvaka med CTG + ST-analyse», som med dagens bruk av elektronisk overvåking betyr at prøven bør tas ved de fleste fødsler. Nytteverdien av blodgassanalysene fra navlesnoren er listet ut i sju punkter, som etter min oppfatning er diskutabile. Der står det blant annet at vi kan gi foreldrene bedre informasjon, at prøven er svært viktig for kvalitetskontroll og kvalitetssikring, at vi lærer mer om hypoksi prosessen, at svaret er viktig i skadesaker, og endelig at det er viktig i forbindelse med forskning og publisering.

For å ta det siste først: Hvis navlesnorprøvene skal være ledd i forskning, må det skrives protokoll. Denne må forelegges Datatilsynet og regional etisk komité for godkjenning. Det må dessuten redegjøres for hvordan kostnadene til prøvetaking og analyse skal dekkes. Kliniske retrospektive analyser av fødsler fra en enkelt avdeling, krydret med pH-verdier, vil neppe fange den helt store interessen. Den eneste store prospektive studien med prøvetaking fra navlesnor jeg kjenner til, er mor-og-barnundersøkelsen i regi av Folkehelseinstituttet (4) – her er det i den senere tid ved enkelte sykehus blitt konkurranse om blodet de ulike interessentene imellom.

Hvilken bedre informasjon vi kan gi foreldrene til et friskt barn fordi det er tatt blod fra navlesnoren, forstår jeg ikke. Men det kan være grunn til å spørre om prøven er tatt med eller uten foreldrenes godkjenning. Det er mulig at man forutsetter stilltiende samtykke, fordi prøven neppe kan skade. På den andre side kan det argumenteres for at det bør foreligge uttrykkelig samtykke for undersøkelser som ikke har betydning for diagnose eller behandling. Kvalitetskontroll og kvalitetssikring er blant tidens honnørord, og jeg ser ikke bort fra at man kan si noe om kvaliteten på fødselshjelpen ved den enkelte fødeavdeling ved å sammenlikne pH-verdier og andre blodverdier fra navlesnorsblod med tilsvarende prøver fra andre sykehus. Dette ville i så fall kreve forarbeid i form av forskning. Nøkkernt sett må det være mulig å finne andre kvalitetsindikatorer som gir like god informasjon og ikke koster penger.

Det er nedfelt en del kriterier for nyttig screening (5). Disse er alminnelig akseptert,

men i den kliniske hverdag er det av og til langt mellom liv og lære. Det dukker hele tiden opp nye metoder for undersøkelse og behandling. Noen innføres etter grundig utprøving, andre mer tilfeldig. Jeg har en følelse av at blodprøvene fra navlesnoren til nyfødte hører til siste kategori. Det følger også en del omkostninger med slik screening. Noen personer skal ta prøvene, andre (eller kanskje de samme) skal utføre analysene. Apparatur og reagenser er sjelden billig. Når vi ser bort fra de prøvene som tas med en fornuftig begrunnelse, dreier det seg om flere titusentalls analyser i året, analyser som etter min vurdering er unødvendige. Har de budsjettansvarlige lederne ved helseforetakene godkjent denne praksisen, eller forvaltes den innen rammen av den enkelte avdelings budsjett?

Per Bergsjø

p-bergsj@online.no
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

Litteratur

1. Lyons P. Obstetrics in family medicine. A practical guide. Totowa, NJ: Humana Press, 2006.
2. Dalaker K, red. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 1998. Oslo: Den norske lægeforening, 1998.
3. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 2006. Oslo: Den norske lægeforening, 2006. www.llegeforeningen.no/asset/32196/1/32196_1.pdf. (12.12.2006).
4. Magnus P, Haug K, Nystad W et al. Mor-og-barnundersøkelsen skal gi nye svar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006, 126: 1747–9.
5. Bergsjø P. Rutinemessig screening eller prøver etter behov? I: Bergsjø P, Heiberg M, Telje J et al, red. Svangerskapsomsorg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006: 298–311.

Manuskriptet ble mottatt 21.10. 2006 og godkjent 4.12. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.