

Den pre- og postnatale behandlingen av premature er blitt dramatisk forbedret i løpet av de siste tiårene. Imidlertid har det ikke vært noen særlig endret overlevelse for de aller minste etter at det ble konsensus om en nedre behandlingsgrense i 1998. Det er derfor ennå ikke grunnlag for å endre dagens anbefalinger

Behandlingsgrenser for ekstremt premature

I 1998 deltok jeg som ung assistentlege på konsensusmøtet vedrørende behandlingsindikasjon ved ekstrem prematuritet på Soria Moria. Der ble det tatt et klart standpunkt om å sette en nedre grense for behandlingsintervensjon, noe som var viktig for at jeg kunne forsvare å fortsette i barnemedisinen. I dette nummer av Tidsskriftet er det to artikler som omhandler nyfødtd medisins utvikling gjennom de siste 40 år (1, 2). Artiklene belyser utvikling, kostnader og resultater av moderne nyfødtd medisin. Det har vært en rivende utvikling fra begynnelsen av 1960-årene og frem til i dag (1, 3, 4). For oss som startet spesialtutdanningen i 1990-årene og ikke minst for fremtidige generasjoner av barneleger er det viktig at dette blir dokumentert.

En undersøkelse har vist at nesten halvparten av oss mener at vi i Norge er for liberale når det gjelder behandling av svært for tidlig fødte barn (5). Artiklene i dette nummeret kan være starten på en bred og nødvendig debatt om grensene for behandling av ekstrem prematuritet. Hva er «best practice» i dag, og hvor langt er vi villige til å gå i morgen? Tør politikerne legge overordnede føringer for helsevesenets ressursbruk? Vil de makte å holde fast ved slike føringer i møte med enkelttilfeller på individ- eller systemnivå? Er vi som helsepersonell villige til å la andre utenfor helseapparatet ta slike bestemmelser?

Grensene for hva man har vurdert som «levedyktighet» har gradvis falt fra ca. 28 ukers svangerskapsalder til i dag 22–23 uker. Overlevelsestall for dem som blir født i sykehus, er dokumentert både nasjonalt og internasjonalt (4). Mindre bruk av postnatale steroider og respiratorbehandling, økt utnyttelse av CPAP-behandling, redusert oksygentilførsel samt bedret ernæring for de minste synes å stå sentralt i den utvikling vi har sett i prematuritetsmedisinen de siste ti år (3). Behandling ved 22 ukers svangerskapsalder er fortsatt eksperimentelt i de fleste land (6, 7). Selv for dem som er født etter 23 og 24 uker i mors liv er det lav overlevelse både nasjonalt og internasjonalt (4, 8). Risikoen for død og alvorlig sekvele er størst for dem med lavest svangerskapsalder. Med unntak av nyfødttretinopati er det imidlertid liten forskjell i morbiditet hos dem som overlever etter en fødsel ved svangerskapsalder 23–27 uker (4).

Prematuritetsmedisinen er kostnadsintensiv. Kravene til at vårt daglige arbeid skal være kunnskapsbasert og følge «best practice» vil sannsynligvis bli strengere de neste årene. Uten gode randomiserte oppfølgingsstudier som dokumenterer sikre kort- og langtidseffekter kan det i fremtiden bli vanskelig å argumentere for at ny og dyr behandling skal tas i bruk i et helsevesen der økonomien er blitt en vesentlig faktor i beslutningene. I fremtiden vil brukerne av våre tjenester i større grad enn i dag være med og påvirke behandlingen. Det vil bli nødvendig å arbeide i tverrfaglige team der ikke minst foreldrene får en viktig rolle (9). Både kvantitativ og kvalitativ forskning vil kunne tilføre oss verdifull kunnskap som vi kan benytte i beslutningsprosessene.

Den økonomiske siden av prematuritetsmedisinen er utfordrende å dokumentere og vurdere. Nordermoen & Bratlid fremhever selv at dataene i deres artikkel er basert på kostnader ved St. Olavs hospital og slik sett ikke kan generaliseres (1). Som representant for en institusjon utenfor universitetssykehusene ser jeg at intensivdøgnene i dagens prematuritetsavdelinger med respiratorbehandling,

total parenteral ernæring, sentrale katetre og antibiotika gir høy økonomisk uttelling. Dette tilfaller i hovedsak de sentrale institusjonene når DRG-midlene fordeles. Pasientene overflyttes ofte raskt til mindre nyfødtafdelinger, som sitter igjen med mange ukers pleie uten nevneverdig DRG-uttelling. At Nordermoen & Bratlid finner at de pasientindividuelle kostnadene nesten ikke har betydning for de totale kostnadene på en nyfødttintensivavdeling er gledelig. Denne dokumentasjonen er viktig for at vi også fremover skal kunne gi hver enkelt pasient tilgang til den beste behandling og de korrekte undersøkelser.

Selv om vi på mange måter har kommet svært langt teknologisk og kan hjelpe mange, må vi ikke glemme de gamle visdomsord «noen ganger helbrede, ofte lindre, alltid trøste». Vi må ikke bare kunne de tekniske og praktiske grepene i nyfødtd medisinen, vi må også være ydmyke for grenser vi som medisinerer kanskje ikke skal utfordre. Til tross for utviklingen i nyfødtd medisinen er situasjonen for de ekstremt premature på mange måter den samme som i 1998. Slik sett mener jeg at vi fortsatt kan stå inne for grensene vi vedtok den gang – men hvem tør spå utviklingen de neste 40 år?

Dag Helge Frøisland
dag.froisland@hil.no

.....
Dag Helge Frøisland (f. 1962) er spesialist i barnemedisin og tidligere seksjons- overlege ved nyfødttintensivavdelingen ved Sykehuset på Lillehammer. Han er nå ph.d.-stipendiat tilknyttet Høgskolen i Lillehammer og Barnediabetesregisteret.
.....

Litteratur

1. Nordermoen A, Bratlid D. Kostnader ved behandling av svært for tidlig fødte barn. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1130–4.
2. Bratlid D, Nordermoen A. Behandlingen av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1127–9.
3. Saugstad OD. Bedre prognose for de minste for tidlig fødte. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 52–4.
4. Markestad T, Kaaresen PI, Ronnestad A et al. Early death, morbidity, and need of treatment among extremely premature infants. Pediatrics 2005; 115: 1289–98.
5. Miljeteig I, Markestad T, Norheim OF. Physicians' use of guidelines and attitudes to withholding and withdrawing treatment for extremely premature neonates in Norway. Acta Pædiatrica 2007; 96: 825–9.
6. Pignotti MS. Extremely preterm births: recommendations for treatment in European countries. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2008; 93: F403–6.
7. Pignotti MS, Donzelli G. Perinatal care at the threshold of viability: an international comparison of practical guidelines for the treatment of extremely preterm births. Pediatrics 2008; 121: 193–8.
8. Tout S. Extreme prematurity. O&G magazine 2006; 31–2. www.ranzcog.edu.au/publications/o-g_pdfs/OG-Winter-2006/extreme-prematurity.pdf [11.5.2010].
9. Lindemann R. Når døden er bedre enn livet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2087.