

VERDENS HELSE

Globale trender i neonatal mortalitet

I 2009 døde globalt 3,3 million barn i nyfødtp perioden, hvilket var 41 % av alle dødsfallene blant barn under fem år. Den neonatale dødeligheten har gått ned i alle verdensdeler, men i noen land har den økt.

Dette fremkommer i en studie av utviklingen i 193 land fra 1990 til 2009 (1). Over halvparten av alle dødsfall i verden hos nyfødte skjer i de fem landene India, Nigeria, Pakistan, Kina og Den demokratiske republikken Kongo, men dette må ses i sammenheng med at 44 % av alle barn fødes i disse landene. Globalt har 79 millioner barn dødd i nyfødtp perioden (28 dager fra fødselen) de siste 20 årene. Den neonatale mortalitetsratioen har falt med 28 % – fra 33,2 til 23,9 per 1 000 levendefødte. I alle verdensdeler har det vært en bedring, men det er store regionale forskjeller. I åtte land (Nauru, Kongo, Zimbabwe, Niue, Tsjad, Kamerun, Trinidad og Tobago og Sør-Afrika) har den neonatale dødeligheten faktisk økt.

Studien er basert på registreringssystemer av høy kvalitet i de 38 landene der dette var tilgjengelig, mens statistiske modeller måtte brukes for de øvrige 155 landene. Databasen inneholdt samlet sett 3 551 «landår». Landene med høyest neonatal dødelighet var også landene der det var minst informasjon om dødsfallene. Høyinntektslandene har mye

lavere neonatal mortalitetsratio enn resten av verden og står for kun 1,4 % av nyfødtdødsfallene. Allikevel har disse landene redusert den neonatale dødeligheten med 40 % fra 1990 til 2009, til 3,6 per 1 000 levendefødte. Til sammenlikning var reduksjonen i Afrika som helhet på 17,6 %, til 35,9 per 1 000 levendefødte.

FNs tusenårsmål (Millennium Development Goal) nr. 4 er en reduksjon i barnedødelighet med to tredeler fra 1990 til 2015, hvilket tilsier årlig reduksjon på 4,4 %. Tendensen så langt har dessverre kun vært en reduksjon på 1,7 % per år når det gjelder dødsfall blant nyfødte.

Kristoffer Brodwall

kristoffer.brodwall@gmail.com
Barneklivnikken
Haukeland universitetssykehus

Litteratur

1. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S et al. Neonatal mortality levels for 193 Countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress, projections, and priorities. *PLoS Med* 2011; 8: e1001080.

Keisersnitt i Tanzania

I Tanzania er det høy dødsrisiko hos barn født etter keisersnitt. Risikofødsler må identifiseres tidligere.

I 1999 ble det opprettet et fødselsregister etter norsk modell ved tertiær sykehuset Kilimanjaro Christian Medical Centre i Tanzania. Norske samarbeidspartnere er Medisinsk fødselsregister og Universitetet i Bergen. Vi har analysert svangerskapsutfall etter 6 161 keisersnitt blant 20 662 fødsler ved sykehuset i perioden 2000–07 (1).

33 % av kvinnene ble forløst ved keisersnitt. Andelen var signifikant økende gjennom hele perioden. Under 2 % av kvinnene ble forløst med vakuumeekstraksjon eller tang. En av fem kvinner var formelt henvist, fire av fem møtte altså uten henvisning fra fødselshelsetjenesten på lavere nivå. Andelen som ble forløst ved keisersnitt var høyere blant de henviste (55 %) enn blant dem som møtte uten henvisning (27 %). Kvinner som tidligere hadde hatt keisersnitt og førstegangs fødende med spontan fødselsstart til termin utgjorde henholdsvis 39 % og 17 % av alle keisersnittsfødslinger.

Etter keisersnitt var lav apgarskår hyppigere blant barn av henviste (justert OR 1,42;

95 % KI 1,09–1,86). Overflytting til neonatal enhet var også hyppigere (justert OR 1,18; 95 % KI 1,04–1,35). Den absolutte risiko for tidlig neonatal død var > 2 % hos flerlinger, hos preterme og ved seteleie, og det gjaldt både der kvinnen kom med og der hun kom uten henvisning.

Studien viser at henvisningssystemet fanger opp risikofødsler, men lavt volum indikerer et underforbruk av avansert fødsels hjelp. Høy dødelighet hos nyfødte etter keisersnitt, også der moren kom til sykehuset uten henvisning, viser at risikofødsler bør identifiseres tidligere.

Ingvil Krarup Sørbye

ingvil.krarup.sorbye@rikshospitalet.no
Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Litteratur

1. Sørbye IK, Vangen S, Oneko O et al. Caesarean section among referred and self-referred birthing women: a cohort study from a tertiary hospital, northeastern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011; 11: 55.

Hvordan få leger engasjert i kvalitetsforbedring?

Mangel på tid og kunnskap er viktige faktorer som hindrer leger i å engasjere seg i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

At leger engasjerer seg i kvalitetsforbedringsarbeid, er viktig for at man skal oppnå gode resultater (1). Hva hindrer legene i å delta i dette arbeidet? Ti av de beste sykehusene i USA ble valgt ut til å delta i en kvalitativ studie, der 42 leger, ledere av kvalitetsarbeid og andre ledere ble intervjuet (2). Intervjuene dannet grunnlaget for et sekspunkts rammeverk for å fremme legers engasjement i arbeidet:

- Engasjert lederskap – at sykehusets ledelse og legene delte oppfatningen om at kvalitet og pasientsikkerhet er sentrale mål for virksomheten
- En intensjonsavtale mellom sykehuset og legene der mål for pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid var tydeliggjort
- Erkjennelsen av at slikt arbeid tar tid og bør kompenseres deretter
- Økonomisk kompensasjon eller bonusordninger for å oppnå kvalitets- og sikkerhetsmål
- Data om kvalitet må være tilgjengelig, koblet til muligheten for hjelp i prosessene med å designe og gjennomføre forbedringsprosjekter
- Merittering og akademisk anerkjennelse for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

De faktorer som hyppigst ble nevnt som hindringer for et godt kvalitetsforbedringsarbeid, var mangel på tid, eksisterende sykehuskultur, legers autonomi og manglende kunnskap om kvalitetsforbedringsmetoder blant legene.

Datamaterialet var lite og generaliserbarheten usikker. Studien viser hvor viktig det er å få legene engasjert i kvalitetsforbedringsarbeid. Det skorter ikke alltid på viljen, men det finnes ofte barrierer i sykehussystemene som hindrer legene å bli mer engasjert i dette arbeidet.

Anne Karin Lindahl

annekarin.lindahl@kunnskapssenteret.no
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. Reinertsen J, Gosfield A, Rupp W. Engaging physicians in a shared quality agenda. *IHI Innovation Series white paper*. Cambridge, MA: Institute for Health Care Improvement, 2007.
2. Taitz JM, Lee TH, Sequist TD. A framework for engaging physicians in quality and safety. *BMJ Qual Saf* 2011; doi: 10.1136/bmjqs-2011-000167.