
Registrering av fødsler og nyfødte i Norge

REDAKSJONELT

ØGLÆND B

Norsk nyfødtmedisin er inne i en tid med mange utfordringer. Flere ekstremt premature barn overlever (1), ogbehandlingen preges av økende kompleksitet. Vurderer man pris per vunnet leveår og sammenlikner intensivbehandling avbarn mellom 1000- 1500g med andre pasientgrupper (voksne (menn?)) blir nyfødtmedisin påfallende rimelig: Det kosterfire ganger mer å behandle 40 år gamle menn for høyt blodtrykk, åtte ganger mer å operere for ett kars koronarsykdom og12 ganger mer å gi dialysebehandling i sykehus (2). Mange neonatologer har ydmykt stått med stetoskopet i hånden ogbedt om å få låne flott utstyr hos voksenintensivistene når det kniper på "spedbarnsstuen". Spedbarnsstuen er ofte enavdeling med høyintensivmedisin hvor avansert respiratorbruk, sentralvenøs og arteriell monitorering og behandling eren del av hverdagen. Det dreier seg om ekstremt syke, ustabile pasienter med potensial til vunnet levetid på over 80 årpå den ene side, eller livslang total pleietyngde eller død på den annen side.

Det signaliseres nå behov for økt innsats omkring disse barna også lenge etter utskrivning fra nyfødtavdelingen ogfor oppfølgingsstudier (3, 4).

I Sverige planlegges sentralisering av intensivbehandling av ekstremt premature barn til nyfødtavdelinger mednedslagsfelt på minst 8000 fødsler per år. Socialstyrelsens ekspertgruppe anbefaler videre at - "man innrettar enperinatal databas som komplement till/och försterkning av Socialstyrelsens nuvarande medicinske födelsesregister" (5).Gjør kravene til økonomisk og medisinsk kvalitetssikring at man må vurdere økt sentralisering avnyfødtintensivbehandling også i Norge? Bør vi bruke mer ressurser på disse pasientene? Er det tilstrekkelig atavdelinger med ansvar for intensivpasienter med 30-50% dødelighet bemannes av assistentleger uten spesialistkompetansepå nattetid? Skal dødelighet og sykелighet være avhengig av fødested og neonatal service? Kan avdelinger med litepasientvolum oppnå like gode resultater som avdelinger med høyt pasientvolum? I hvor stor grad kan godeoppfølgingsrutiner forebygge senfølger for individet og familien? Vi vet ikke, for det finnes få populasjonsbasertestudier som beskriver resultater i nyfødtintensivmedisin, og ofte er lokale prosedyrevalg basert på personligeopplevelser av anekdotisk preg.

I dette nummer av Tidsskriftet presenteres to studier fra våre tre nordligste fylker. Lauritz Bredrup Dahl ogmedarbeidere (6) og Bernhard Weidle & Jan Holt (7) har sett på behandlingsresultater og status for barn født medfødselsvekt $\leq$ 1500g frem til fire års alder. Undersøkelsene fra Nordland, Troms og Finnmark er gode eksempler på forsøk på å besvare noen av spørsmålene ovenfor. Forskjellig praksis omkring registrering av forhold ved fødsel, nyfødtbehandling og oppfølging gjør imidlertid slike undersøkelser krevende. Mangel på tilsvarende studier fra andre deler av landet gjør det vanskelig å sammenlikne resultater, og studienes retrospektive preg gjør at dataene blir gamle.

Medisinsk fødselsregister har et godt utviklet register over alle fødte i Norge. Fra 1.12.1998 ble også data fra nyfødtperioden registrert i samme register (8). De fleste nyfødtintensivavdelinger i Norge har dessuten tatt i bruk egne databasesystemer der aktiviteten blir registrert.

Vår tids krav til kvalitetssikring av medisinsk virksomhet aktualiserer et dypt følt behov i norske neonatalmiljøer: Vi trenger et nasjonalt fødsels- og nyfødtregister der forhold omkring fødsler, nyfødte og nyfødtintensivbehandling registreres.

En gruppe med mandat fra alle nyfødtintensivavdelingene i Norge er i disse dager i gang med å samordne lokale og nasjonale behov for kvalitetssikring med Medisinsk fødselsregisters løpende registreringer. Vi har endelig mulighet for en kontinuerlig populasjonsbasert prospektiv studie som omfatter hele landet. Ved å dra nytte av lokal interesse og fulgte behov i neonatalavdelingene og Fødselsregisterets organisasjon og datakvalitetssystemer kan man på kort tid oppnå et unikt verktøy i kvalitetssikring av norsk perinatalmedisin. Registeret vil være av interesse lokalt i avdelingene, på regionsnivå og på nasjonalt nivå. De to undersøkelsene fra Nordland, Troms og Finnmark i dette nummer av Tidsskriftet vil forhåpentlig snart kunne følges opp av studier basert på nasjonale tall med standardiserte registreringer og med høy datakvalitet.

Bjørn Øglænd

LITTERATUR

1. Støen R, Vik T, Brubakk AM. Mortalitet og funksjonshemning blant barn med fødselsvekt $\leq$ 1500g. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 745-9.
2. Bioethics Committee, Canadian Paediatric Society. Neonatal intensive care and cost effectiveness. Can Med Assoc J 1988; 139: 943-6.
3. Skogstrøm L. En pris å betale for tjuvstart på livet. Aftenposten 29.11.1998: 19.
4. Sommerfelt K. Long term outcome for non-handicapped low birth weight infants - is the fog clearing? Eur J Pediatr 1998; 157: 1-3.
5. Intensivvård av nyfødte. SoS rapport 1997: 10. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
6. Dahl LB, Kaarsen PI, Fundingsrud HP. Barn med fødselsvekt $\leq$ 1500g fra Troms og Finnmark i perioden 1978-89. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 180-5.
7. Weidle B, Holt J. Barn med fødselsvekt $\leq$ 1500g fra Nordland i perioden 1978-89. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 189-93.
8. Statens helsetilsyn. Melding om avsluttet svangerskap etter 16 uker. Fødsel, dødfødsel, spontanabort. Skjema IK-1002. Oslo: Statens helsetilsyn, trykksakssekspedisjonen.

Publisert: 20. januar 1999. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. september 2026.