

Lika säkert att föda på stora förlossningsavdelningar som på små

Betydelsen av förlossningsavdelningars storlek för perinatalt utfall har varit föremål för omfattande studier, med delvis motsägelsefulla resultat. En het debatt, bl a i svensk press, har berört frågan. Vissa förespråkare har hävdad att riskerna för barnen skulle vara mindre vid små förlossningsenheter. Små åsiktsskillnader finns i synen på vården av mycket omogna barn. Två svenska studier har visat något lägre mortalitet för nyfödda med extremt låg födelsevikt som föds och vårdas på regionsjukhus, där resurserna är större [1, 2].

Beträffande fullgångna barn går åsikterna mer isär. Att många sjukhusbaserade studier visar lägre perinatal eller neonatal dödlighet vid små enheter är inte förvånande, eftersom dessa ofta remitterar riskmödrar till mer specialiserade sjukhus.

Hur skall denna frågeställning bäst studeras? Två huvudvägar finns. Man kan analysera utfallet vid enbart lågriskförlossningar för enheter med olika förlossningsantal och bortse från att sjukhus av olika storlek och på olika nivåer har olika blandning av hög- och lågriskförlossningar. Alternativt kan man utgå från vilket upptagningsområde föräldrarna tillhör, analysera resultaten för deras barn, oavsett var dessa föds, på hemmasjukhuset eller efter remittering av modern till annat sjukhus. I en sådan jämförelse ingår alla barn som föds efter både normala och komplicerade förlossningar, och kvaliteten på hela vårdkedjan bedöms.

Dag Moster och medarbetare i Bergen har använt den första metoden. I Norge fanns och finns fler små förlossningsenheter än i Sverige. Deras studier baserade sig på ett 35-årigt nationellt material i det norska födelseregistret. Lågriskgraviditeter/-förlossningar definierades utifrån ett stort antal parametrar. Två viktiga slutsatser kunde dras. Perinatal mortalitet (dödföddhet + första veckans dödlighet) var ett otillfredsställande kvalitetsmått av flera skäl. Ett bättre mått

.....
»Vi tolkar resultaten så att val av förlossningssjukhus spelar liten roll i Sverige och att remitteringen av högriskmödrar fungerar väl.«



Foto: IBL Bildbyrå

Under den tidsperiod studien avser, 15 år, stängdes totalt tio förlossningsenheter i Sverige. Den neonatala dödligheten fortsatte att sjunka under denna tid: från 3,3 till 2,1 procent.

var neonatal mortalitet, dvs de fyra första veckornas dödlighet [3].

Författarna fann ett omvänt linjärt samband mellan förlossningsavdelningarnas storlek, mätt i antal årliga födselar, och den neonatala mortaliteten [4]. De menar att erfarenhet, expertis och utrustning vid större enheter reducerar den neonatala dödrisken även vid lågriskförlossningar.

I en färsk studie har vi försökt göra en kvalitetsanalys utifrån svenska förhållanden och använt det andra tillvägagångssättet [5]. Vi utgick från ett 15-års-material (1985–1999) av barn från det svenska medicinska födelseregistret. Neonatal dödlighet och förekomst av cerebrala pares (slutenvårdsregistret) analyserades. Drygt 1,5 miljoner födda ingick i studien. I analysen korrigerades för födelseår, mödraålder, samboförhållande, rökning och BMI.

Utfallet relaterades dels till storleken på enheterna där barnen föddes, dels till storleken på enheterna som utgjorde det primära upptagningsområdet för förlossningar och om barnklinik fanns. Mödrar föder i regel på det närmsta sjukhuset, vilket är det primära upptagnings-

området. En del mödrar remitterades till en mer specialiserad nivå; 20 procent från de allra minsta enheterna i vår studie.

Den neonatala dödligheten var lägst för barn födda vid de små sjukhusen – ett förväntat resultat, eftersom dessa remitterar riskmödrar vidare. Om dödligheten i stället analyserades utifrån primärt upptagningsområde blir fynden annorlunda. Endast små skillnader finns dock.

För barn vars föräldrar bodde inom upptagningsområdet för de allra minsta sjukhusen, med färre än 500 förlossningar per år och utan barnklinik, var den neonatala dödligheten signifikant högre, i övrigt fanns inga skillnader.

Vi tolkar resultaten så att val av förlossningssjukhus spelar liten roll i Sverige och att remitteringen av högriskmödrar fungerar väl. Under den tidsperiod studien avser, 15 år, stängdes totalt tio förlossningsenheter i Sverige. Den neonatala dödligheten fortsatte att sjunka under denna tid: från 3,3 till 2,1 procent.

När det gäller cerebrala pares, som är en ovanlig komplikation, sågs inga skillnader. Serenius och medarbetare fann i ett tidigare arbete att dödsrisken vid obstetriska komplikationer var något högre vid små enheter [Acta Paediatr. 2001;90:1054–61].

Små enheter har således inte bättre förlossningsresultat än stora. Den koncentration av förlossningsverksamheten som skett på senare har inte ökat riskerna.

Orvar Finnström

professor, f d överläkare, barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

1. Finnström O, et al. The Swedish national study on extremely low birthweight (ELBW) infants. Incidence, mortality, morbidity and survival in relation to level of care. Acta Paediatr. 1997;86:503-11.
2. Johansson S, et al. Preterm delivery, level of care, and infant death in Sweden: a population-based study. Pediatrics. 2004;113:1230-5.
3. Moster D, et al. Assessing quality of care for low risk deliveries: methodological problems in the use of population based mortality data. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79:478-84.
4. Moster D, et al. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries: population based study. Arch Dis Child Fetal Neonat Ed. 1999;80:F221-5.
5. Finnström O, et al. Size of delivery unit and neonatal outcome in Sweden. A catchment area analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85:63-7.

Screening eller inte av släktingar till patienter med dilaterad kardiomyopati?

Screening av släktingar till patienter med dilaterad kardiomyopati rekommenderas för högspecialiserade centra där man följer patienter med familjär dilaterad kardiomyopati [1]. Eftersom ca 25 procent av fallen är familjära [2] har frågan om generell screening av asymtomatiska släktingar diskuterats.

I Annals of Internal Medicine publicerades en studie där man undersökt förekomsten av nedsatt kammarfunktion hos släktingar till patienter med dilaterad kardiomyopati [3]. Bland 189 konsekutiva patienter, som accepterade deltagande och som bodde i närheten av det Londonsjukhus där undersökningen utfördes, identifierades 1 109 första- och andragsläktingar. 78 procent, eller 865, accepterade att delta i en enkel klinisk undersökning med EKG och ultraljudskardiografi. Av dessa 865 hade 98 redan diagnosen dilaterad kardiomyopati, och resterande 767 asymtomatiska släktingar var den screenade populationen. Av dessa 189 hade 37 procent, 70 individer, en familjär form av kardiomyopati, definierad som minst en första-gradssläkting med kardiomyopati.

Bland de 767 asymtomatiska släktingarna fann man att knappt 5 procent, eller 35 individer, hade en dittills odiagnosticerad dilaterad kardiomyopati. Därtill fann man att nästan 20 procent, 130 individer, hade antingen dilatation eller nedsatt förkortningsfraktion. Av dessa utvecklade 13 individer, 10 procent, dilaterad kardiomyopati under en uppföljningstid av drygt 4,5 år. De 592 släktingar som vid screening hade normal vänsterkammare utvecklade bara i 1,3 procent av fallen dilaterad kardiomyopati; 5 procent utvecklade nedsatt vänsterkammarfunktion.

Å andra sidan fanns en grupp asymtomatiska släktingar som initialt uppvisade vänsterkammardysfunktion men som vid uppföljning normaliserat sin vänsterkammare. Dessa 52 individer utgjorde 40 procent av de asymtomatiska individer som uppvisade vänsterkammardysfunktion.

Artikeln illustrerar tre fenomen. Ett betydande antal individer med odiagnosticerad kardiomyopati kan hittas hos asymtomatiska släktingar till patienter med dilaterad kardiomyopati.

För det andra har påtagligt många släktingar till patienter med dilaterad

kardiomyopati påverkad vänsterkammarfunktion. Var tionde av dessa progredierar till dilaterad kardiomyopati under uppföljning, 40 procent normaliseras och 50 procent kvarstår med en asymtomatisk påverkan på sin vänsterkammare. För det tredje finns ingen behandling som förhindrar utveckling av dilaterad kardiomyopati hos personer med asymtomatisk påverkan på vänsterkammarens funktion.

Naturalförloppet vid denna typ av kammarfunktionsnedsättning är inte klarlagt, och spontan förbättring och kanske till och med utläkning förekommer förmodligen. Detta kan förklara de synnerligen entusiastiska tidiga studierna med öppen betablockad, vars dramatiska effekter tog många år och patienter innan de lät sig reproduceras under blindade förhållanden.

Författarna påpekar också att deras fynd talar för screening av släktingar till patienter med dilaterad kardiomyopati. Därvid kan markörer för sjukdomsprogressen identifieras, och den genetiska kartläggningen kan här bidra till såväl tidig diagnos som mer precis behandling.

Farmakologisk intervention i preventivt syfte med ACE-hämmare eller betablockad tillhör de behandlingsprinciper man gärna skulle se formellt prövade på denna »patientgrupp« mot bakgrund av positiva fynd vid tidig intervention hos patienter med asymtomatisk vänsterkammardysfunktion på ischemisk bas [4] eller vid lindrig hjärtsvikt [5]. Även nyare behandlingsprinciper såsom sinusknutehämning vore intressant att värdera [6].

Några kritiska rader: Man saknar de enkla kliniska uppgifter som rimligen finns för såväl patienterna som de asymtomatiska anhöriga. Blodtryck? Hjärtfrekvens? Vikt? Man saknar också en djupa-

.....
»Mot den bakgrunden är det bara för hälsoekonomerna att börja räkna, för de forskningsintresserade att randomisera och för oss alla att fundera över de etiska, sociala och psykologiska implikationerna!«

re diskussion kring de negativa effekterna för screenade individer med påvisad kammarfunktionsnedsättning, särskilt som en betydande andel förefaller tillfriskna spontant.

Sammanfattningsvis: Om du har 50 patienter med dilaterad kardiomyopati på mottagningen har de 26 släktingar som också har sjukdomen (men som går någon annanstans). Om du screenar övriga friska första- och andragsläktingar, 200 individer, kommer du att hitta ytterligare tio fall av dilaterad kardiomyopati. 40 asymtomatiska släktingar kommer att ha lätt dilaterad vänsterkammare eller nedsatt förkortningsfraktion, och fyra av dem kommer att utveckla dilaterad kardiomyopati inom de närmaste fem åren.

Å andra sidan kommer 16 av dem att »tillfriskna« utan behandling och 20 att gå på kontroller utan att vare sig bli bättre, sämre eller ha några symtom. Bland de 150 asymtomatiska släktingarna med normal kammarfunktion kommer två att utveckla kardiomyopati och sju asymtomatisk vänsterkammardysfunktion.

Mot den bakgrunden är det bara för hälsoekonomerna att börja räkna, för de forskningsintresserade att randomisera och för oss alla att fundera över de etiska, sociala och psykologiska implikationerna!

Mikael Dellborg
 docent, medicin SU/Östra
 Göteborg

- Hunt SA, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult, executive summary. *Circulation*. 2001;104:2996-3007.
- Michels V, et al. The frequency of familial dilated cardiomyopathy in a series of patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. *N Engl J Med*. 1992;326:77-82.
- The SOLVD investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fraction. *N Engl J Med*. 1992;327:685-91.
- Mahon N, et al. Echocardiographic evaluation in asymptomatic relatives of patients with dilated cardiomyopathy reveals preclinical disease. *Ann Intern Med*. 2005;143:108-15.
- Waagstein F, et al. Increased exercise ejection fraction and reversed remodeling after long-term treatment with metoprolol in congestive heart failure: a randomized, stratified, double-blind, placebo-controlled trial in mild to moderate heart failure due to ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail*. 2003;5:679-91.
- DiFrancesco D, et al. Heart rate lowering by specific and selective I(f) current inhibition with ivabradine: a new therapeutic perspective in cardiovascular disease. *Drugs*. 2004;64(16):1757-65.

Hur dina syskon mår avslöjar dina egna hälsorisker

JAMA Hjärt-kärlsjukdom hos dina syskon säger mer om din risk för framtida hjärt-kärlhändelser än både hjärt-kärlsjukdom hos föräldrarna och traditionella riskfaktorer, enligt nyligen publicerade resultat i JAMA från Framingham Offspring-kohorten.

Huvudsyftet med denna prospektiva studie var att avgöra om hjärt-kärlhändelser hos syskon utgör oberoende prediktorer för hjärt-kärlhändelser hos tidigare friska medelålders män och kvinnor. Resultaten härrör från totalt 2 475 individer, varav 1 287 kvinnor, som undersöktes vart åttonde år mellan 1971 och 2004 med avseende på traditionella risk-

faktorer för hjärt-kärlsjukdom och validerade kardiovaskulära händelser. Det är tydligt att hjärt-kärlsjukdom drabbar vissa familjer mer än andra, och en förklaring är en ansamling av traditionella riskfaktorer i dessa familjer.

Studien visar mycket riktigt att de vars syskon har hjärt-kärlsjukdom också har ökad förekomst av traditionella riskfaktorer. Därför är det särskilt intressant att studien slår fast att hjärt-kärlsjukdom hos syskon är en riskfaktor utöver både traditionella riskfaktorer och tidig hjärt-kärlsjukdom hos föräldrarna.

Riskökningen är 55 procent och 45 procent efter korrektion för traditionella riskfaktorer. En rimlig förklaring till det-

ta samband är att den gemensamma tidiga uppväxtmiljön är viktig.

Studien belyser också att uttrycket »hereditet för hjärt-kärlsjukdom«, som vi använder i patientjournaler, inte är tillräckligt noggrant som riskvärdering utan att vi behöver precisera relationen till släktingen med hjärt-kärlsjukdom.

Lisa Kurland

överläkare,
akutsjukvården,
medicinska vetenskaper,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Muribato JM, et al. Sibling cardiovascular disease as a risk factor for cardiovascular disease in middle-aged adults. JAMA. 2005;294:3117-23.

Inga bevis för huvudvärk av mobiltelefonanvändning

BMJ Det har hävdats att mobiltelefonanvändning kan ge huvudvärk hos vissa individer, men nu visar forskare från Storbritannien i en studie som presenteras i BMJ att det inte går att påvisa någon sådan effekt.

Forskarna har studerat 60 individer som sagt sig få huvudvärk av mobiltelefonanvändning. Dessa har under 50 minuter utsatts för dels en GSM-signal på 900 MHz, dels en annan typ av »icke-pulserande signal« (som alltså inte är en mobiltelefonsignal) eller ingen signal alls.

Individerna visste inte vilken typ av signal de utsattes för eller om de utsattes för någon signal över huvud taget. Efter varje omgång fick de uppge om de upplevt symtom som huvudvärk eller annat. Forskarna konstaterar att många drabbades av huvudvärk under och efter det att de utsatts för såväl GSM-signalen som den »icke-pulserande« signalen, men även när de inte utsattes för någon signal, utan att veta detta, drabbades de av symtom i samma utsträckning.

Testdeltagarna fick vidare uppge om de trott att de utsatts för en GSM-signal eller ingen signal alls. Efter att ha utsatts för en GSM-signal uppger 60 procent av deltagarna att de bedömde att de utsatts för detta, men efter det att de inte utsatts för någon signal alls uppger 63 procent



Även personer som trodde sig vara utsatta för en mobiltelefonsignal upplevde symtom som huvudvärk. Foto: IBL Bildbyrå

att de upplevt att de utsatts för en GSM-signal.

Forskarna konstaterar att psykologiska faktorer sannolikt ligger bakom en stor del av upplevda symtom, som huvudvärk, i samband med mobiltelefonanvändning för dessa individer.

Anders Hansen

AT-läkare, Stockholm
anders.hansen@sciencecap.se

BMJ. 2006;332:886-90.

Mobiltelefon ökar inte risken för gliom

BMJ Att använda mobiltelefon innebär inte att man utsätts för ökad risk för hjärntumör av typen gliom.

Forskare från Storbritannien har i en fall-kontrollstudie tittat på 966 personer som diagnostiserats med gliom under perioden 2000-2004 och jämfört dessa med en kontrollgrupp på 1 716 personer som inte drabbats av gliom.

Personerna har fått svara på hur mycket de använde mobiltelefon, och det visade sig att gliompatienterna inte använde sig av mobiltelefon mer än de friska kontrollerna. Däremot fann man att gliompatienterna i ökad utsträckning hade sin tumör på den sida av huvudet som de höll telefonen på, men det uppvägdes av att risken att drabbas av gliom på andra sidan av huvudet var lägre hos gliompatienterna än hos kontrollgruppen.

Forskarna konstaterar att gliomrisken på kort och medellång sikt inte ökar av att använda mobil men att ytterligare studier krävs för att utröna långtidseffekterna. Resultaten är konsistenta med majoriteten av dem i tidigare genomförda studier inom området, skriver de vidare.

Anders Hansen

AT-läkare, Stockholm
anders.hansen@sciencecap.se

BMJ. 2006;332:883-6.

En professionell förändring har en annan tidtabell än en omorganisation

Som ett led i en studie av hur personal inom vårdsektorn upplever sin arbetssituation genomfördes djupintervjuer med personal inom psykiatri. De tillhörde en organisation som då var föremål för en omorganisation av såväl huvudmannaskap som behandlingsstrategier. Materialet analyserades med »grounded theory« som metod.

Informanterna, som alla hade långa grund- och specialutbildningar, beskrev hur de upplevde krav och förväntningar från olika håll. De upplevde konflikter mellan yttre krav på förändrade arbetsuppgifter, arbetsmetoder och snabb patientgenomströmning å den ena sidan och inre åtaganden av en etisk och/eller ideologisk karaktär å den andra. Dessutom tillkom en omorganisation.

De nya yttre kraven stämde inte med

den egna inre övertygelsen om arbets- och förhållningssätt. Det som varit yrkets själva kärna kom i gungning. Deras professionella auktoritet blev hotad när de förlorade status och respekt för sitt arbete. Den tidigare organisationskulturen slogs sönder. Deras teoretiska referensram och kompetens var inte längre en tillgång utan en barlast.

Studien visar att det tar mycket längre tid att förändra en inre övertygelse eller den inre bilden av arbetet än att förändra en organisation rent tekniskt – processerna har två helt olika tidtabeller. Vid en kontroll efter några år framkom att flera av informanterna hade bytt arbete. De berättade att många andra lämnat organisationen eller var sjukskrivna. Studien belyser tydligt vikten av att ge utrymme

för personalens behov av egen omorientering – sådan förändring och utveckling kan inte forceras. Särskilt viktigt blir detta om man vill behålla den äldre personalens erfarenhet och kompetens.

En förutsättning för att ny kunskap och nya förutsättningar för arbetet ska tas emot av personalen är att de möts med respekt för sin yrkesutövning och har bibehållen auktoritet i patientarbetet. Undergrävs auktoriteten blir patienten förloraren.

Elsmari Bergin
leg psykolog, LIME/MMC,
Karolinska institutet, Stockholm

Bergin E, et al. Different timetables for change: understanding processes in reorganizations. *J Health Organ Manag.* 2005;19:355-77.

Annons