

Institusjonsstatistikk møtet 20. november 2014

AV MARTA EBBING, AVDELINGSDirektør

Medisinsk fødselsregister (MFR) sitt sjette institusjonsstatistikk møte ble avholdt torsdag 20. november 2014. I alt 108 deltagere fra nesten alle landets fødeinstitusjoner, helseforvaltningen og fra Folkehelseinstituttet var samlet på Grand Terminus hotell i Bergen sentrum. Programmet var variert, med endel faste poster og noe nytt. Endring i fødepopulasjonen var hovedtema for årets møte.

Marta Ebbing, avdelingsdirektør ved Avdeling for helseregistre, presenterte utvalgt statistikk om mor og om fødsler på institusjonsnivå med data fram til og med oktober 2014. Se presentasjonen på <http://www.fhi.no/artikler/?id=112427>. Deltagerne fikk ved møtestart utlevert en rapport med tallene i papirformat, og ble bedt om å melde tilbake til MFR dersom man oppdaget feil i tallene. De endelige tallene for 2013 ble publisert på nettet (<http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>) 17. desember 2014. Det var ingen store endringer i årets tall sammenlignet med tidligere år.

Kristi Hjelle, seksjonsleder ved OUS Ullevål, presenterte erfaringer fra innføringen av fødejournalprogrammet Partus. Det har vært mye arbeid og en del frustrasjon i forbindelse med dette, og en del gjenstår før alle er fornøyde.

OUS Ullevål har sendt fødselsmeldinger til MFR på papir og OUS Rikshospitalet har sendt fødselsmeldinger via fødejournalprogrammet Obstetrix inntil 30. mars 2014 da Partus ble innført begge steder. Olaug Askeland, statistiker tilknyttet MFR, viste hvordan innmelding av utvalgte data til MFR så ut de første fire månedene med bruk av Partus sammenlignet med tilsvarende periode i 2013. Innmelding av røykeopplysninger ble betydelig bedre fra OUS Ullevål etter innføringen av Partus. Videre var innmelding av mors vekt og høyde, som ikke har vært mulig på papir, komplett i ca. 70 % av meldingene fra OUS samlet, mot ca. 75 % fra alle landets fødeinstitusjoner.

Under «Aktuell forskning» fikk vi høre om sammenhenger mellom fødselstidspunkt og senere atopiske sykdommer (se artikkel av Håvard Trønnes s. 3), samt fødselsmåte og bakteriekolonisering av barnets tarm (forsker Merete Eggesbø). Deretter fikk vi en sesjon om endringene i fødepopulasjonen; at en stadig større andel av fødekvinne selv er født i utlandet (se artikkel av Dag Moster s. 3), og at en stadig større andel av fødekvinne blir eldre (se artikkel av Lina Herstad s. 4). Til slutt fikk vi en oversikt over den gledelige nedgangen i perinatal dødelighet og mulige forklaringsmodeller (professor Anne Eskild). Se også artikkel av Kari Klungsoyr på s. 2.

Vi gleder oss til neste institusjonsstatistikk møte som blir torsdag 29. oktober 2015 på Grand Terminus. ●

Fagrådet i Medisinsk fødselsregister

AV NINA REIGSTAD, RÅDGIVER VED MEDISINSK FØDSELSREGISTER

Fagrådet i Medisinsk fødselsregister ble opprettet i 2009 som et rådgivende organ for Folkehelseinstituttet, som er databehandlingsansvarlig for Medisinsk fødselsregister. Det gir råd om hvilke rutinemessige statistikker som skal rapporteres fra registeret i form av "institusjonsstatistikk" (åpne sammenligninger mellom sykehus/helseregioner), og om hvordan disse best bør publiseres, samt om bruk av data fra Medisinsk fødselsregister til kvalitetsindikatorer i Nasjonalt kvalitetsindikatorprosjekt ledet av Helsedirektoratet.

Fagrådet gir også råd om innholdet i og utformingen av fødselsmeldingen, og ellers forhold rundt innrapportering, brukervennlighet, og kvalitetssikring av data i Medisinsk fødselsregister. Ut over dette kan fagrådet drøfte alle forhold som har betydning for Medisinsk fødselsregister, og særlig alle forhold som har betydning for helseforetakene.

- Vi er glade for å ha et engasjert og dyktig fagråd, og mener det er viktig å forankre beslutninger om registeret i dette rådet, som er vår «navlesnor» til klinikken, sier Marta Ebbing, avdelingsdirektør.

Fagrådet oppnevnes av Folkehelseinstituttet ved Avdeling for helseregistre og består av opp til 16 medlemmer med en lik fordeling jordmødre og fødselsleger, med en representasjon som dekker alle helseregionene og de ulike fødeinstitusjonskategoriene. Invitasjon til deltagelse i Fagrådet sendes ut til alle landets fødeavdelinger, og utvelgelsen skjer slik at sammensetningen best mulig dekker de nevnte prioriteringene. Fra og med 2015 blir i tillegg Norsk gynekologisk forening invitert til å oppnevne to representanter og Den Norske Jordmorforeningen og Jordmorforbundet en representant hver. ●



Fagrådet samlet i Bergen 19. november 2014.

(Bak fra venstre)
Bjørn Else Wallumrød,
Bjørn Backe, Anne Grete Rånes, Terje Hals, Marta Ebbing, Martin Grønberg, Janne Dyngeland, Dag Moster, Olaug Margrete Askeland.

(Foran fra venstre)
Susanne Albrechtsen, Elsa Lindtjorn, Kari Klungsoyr, Anne Hedvig Melbye Pfeffer, Britt-Ingjerd Nesheim, Anne Riis, Gunn Selva Gabrielsen.

Foto: Nina Reigstad

Utgitt av
Folkehelseinstituttet
Avdeling for helseregistre
Kalfarveien 31
5018 Bergen
www.fhi.no

Redaksjon:
Kari Klungsoyr (ansv. redaktør)
Nina Reigstad (redaktør)

Redaksjonen avsluttet desember 2014

Design:
Per Kristian Svendsen

Layout:
Wittusen & Jensen

Opplag:
1800 distribuert til fødeavdelinger
og barneklionikker

Trykk: Wittusen & Jensen

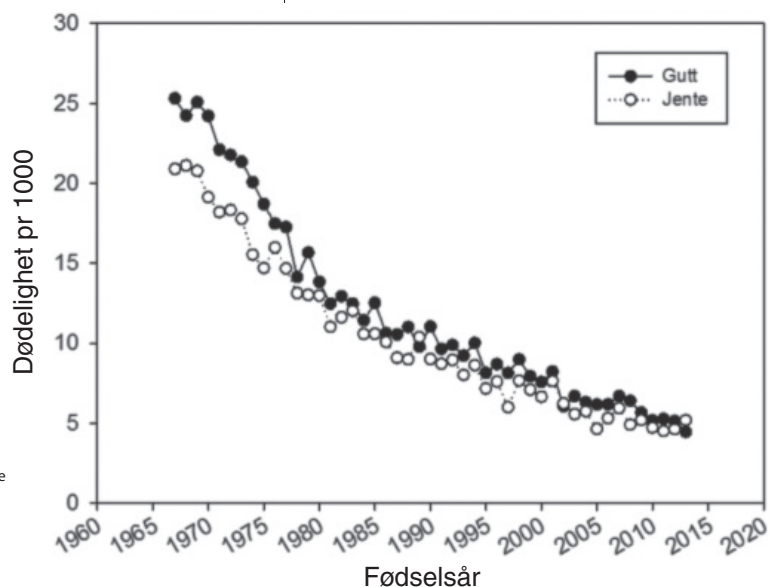
ISSN 0802-0604

Perinatal død i Norge etter 1967

AV KARI KLUNGSØYR, PROFESSOR OG OVERLEGE VED MEDISINSK FØDSELSREGISTER

Medisinsk fødselsregister har registrert data om alle fødsler i Norge siden 1967. I registeret finnes blant annet data om perinatal døde, det vil si barn som er dødfødte, som dør under fødselen eller i løpet av første leveuke (peri = omkring, natal = fødsel).

Fra 1967 til 1981 ble forekomsten av perinatal døde nesten halvert i Norge, fra 23 til 12 barn per 1000 fødte. Dødeligheten falt både blant for tidlig fødte og blant fullbårne barn.



Figur 1: Perinatal dødelighet per 1000 fødte (fra 22 uker eller 500 gram) siden 1967.

Nedgangen i perinatal dødelighet har fortsatt å synke for hvert år, og i 2013 ser vi den laveste dødeligheten som hittil er registrert: 4,9 barn per 1000 fødte. Den perinatale dødeligheten i Norge er nå så lav at vi ikke kan forvente ytterligere store fall.

Årsaker til perinatale dødsfall

Den største gruppen perinatal døde er dødfødte barn, det vil si barn som dør før fødselen kommer i gang eller under fødselen. I 2013 er over 75 % av de perinatal døde barna i denne gruppen, en andel som har økt fra ca. 50 % i 1967. Resten av de perinatale dødsfallene skjer i løpet av den første uken etter fødselen. Mange av barna som dør, fødes for tidlig fordi de har misdannelser og andre tilstander som er uforenlige med videre liv. Øvrige medvirkende faktorer er blant annet forskjellig form for morkakesvikt, andre morkakeproblemer som morkakeløsning, og for tidlig fødsel. Faktorer som sykdom og overvekt hos mor, mors røykevaner, alder, fødselskomplikasjoner og flerlinger har også betydning.

Svangerskapslengde

Normal svangerskapslengde er 40 uker, når en regner fra første dag i siste menstruasjon. Selv om stadig flere av de minste for tidlig fødte barna overlever, er det også mange som ikke greier seg. Barn som fødes ved 22 uker har små sjanser for å overleve fordi særlig lungene er umodne. Ett av 10 barn som fødes i uke 29 dør (tall fra 2013), mens 8,7 pr 1000 dør hvis de fødes i uke 36. Blant barn som fødes etter fullgått svangerskap, dvs. i uke 39, 40 og 41, dør ca. 1 av 1000 perinatalt. Hvis man ønsker å få en mer korrekt illustrasjon på hvilken risiko det er for å oppleve et perinatal dødsfall i løpet av svangerskapet, bør man imidlertid beregne denne risikoen ikke bare blant de barna som fødes i den aktuelle svangerskapsuken, men blant hele «risikopopulasjonen»: dvs. både de barna som fødes i den aktuelle svangerskapsuken samt alle pågående svangerskap. Beregnet på denne måten er den høyeste risikoen å finne når svangerskapet har vart mer enn 42 uker, og den absolutte risikoen overstiger ikke på noe tidspunkt 5 pr 1000.

Preeklamsi

Preeklamsi (svangerskapsforgiftning) er en tilstand der morkaken ofte fungerer dårligere, noe som fører til at fosteret ikke vokser så godt som det skal. Total perinatal dødelighet er høyere når mor har preeklamsi enn når mor ikke har denne svangerskapskomplikasjonen. Overdødeligheten gikk drastisk ned i løpet av de første 20 årene etter at MFR ble etablert (1967). Deretter stabiliserte den økte risikoen seg på et nivå med cirka 40 % økt dødelighet. Noe av nedgangen i overdødelighet knyttet til preeklamsi kan skyldes at man i dag har

bedre muligheter for å overvåke kvinner med denne svangerskapskomplikasjonen, og at man setter i gang fødselen hos kvinner med symptomer på alvorlig preeklamsi. De siste 5 årene har det imidlertid vært en liten økning i overdødeligheten, noe som også er tilfelle når vi kontrollerer for mors alder og paritet.

Mors alder

Lav og høy alder hos mor er forbundet med noe økt risiko for perinatal død hos barnet. Den perinatale dødeligheten er lavest når kvinnen er mellom 20 og 35 år. Dette har vært situasjonen siden 1967 da Medisinsk fødselsregister ble opprettet, og er det fortsatt i dag. Stigende alder for fødende kvinner kan bidra til å trekke den totale perinatale dødeligheten i Norge litt opp. Mors alder må også sees i sammenheng med assistert befruktning.

Tvillinger og trillinger

Perinatal dødelighet er i dag fire ganger så stor for tvillinger som for enkeltfødte barn og mer enn 10 ganger så stor for trillinger. Enegette tvillinger har høyere risiko for perinatal død enn toeggete. Innføring av ultralydkontroll ved alle svangerskap har ført til at flerfødsler er kjent på forhånd, noe som gjør at forløsningen kan planlegges bedre.

Mors livsstil: overvekt og røyking

Forhold som daglig røyking og overvekt påvirker også risikoen for å miste et barn perinatalt. Medisinsk fødselsregister har siden 1999 registrert mors røykevaner dersom hun ikke motsetter seg dette, og siden 2006 er også mors høyde og vekt registrert.

Tallene i registeret viser at kvinner som er dagligrøykere ved slutten av svangerskapet har 50% økt risiko for å miste barnet perinatalt sammenlignet med ikke-røykere. Denne økte risikoen er uendret hvis man kontrollerer for kvinnens alder, noe som er naturlig å gjøre ettersom flere unge enn eldre kvinner røyker daglig. I Norge har dagligrøyking i svangerskapet gått betydelig ned i løpet av de årene røykevaner har vært registrert: Over 18% av kvinnene oppgav at de røykte daglig ved slutten av svangerskapet i 1999, mens denne andelen hadde sunket til 4,5% i 2013 (blant kvinner der røykeopplysninger finnes). Risiko for et perinatal dødsfall er også økt hvis mor er overvektig, og risikoen øker med grad av overvekt. Også de kvinnene som er betydelig undervektige, har økt risiko.

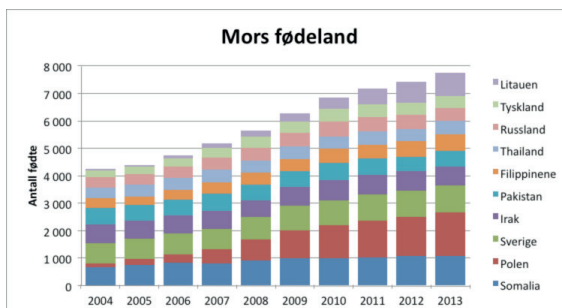
Oppsummering

Den perinatale dødeligheten i Norge er i dag nede på et historisk lavt nivå. Dette kan delvis skyldes bedret klinisk overvåkning og behandling, men også bedring i levevaner som for eksempel nedgangen i andelen dagligrøykende gravide. ●

Mors fødeland

AV DAG MOSTER, PROFESSOR OG OVERLEGE, OG OLAUG ASKELAND, STATISTIKER, MEDISINSK FØDSELSREGISTER

Formålet med Medisinsk fødselsregister er å overvåke forekomst og bidra til å avklare årsaker til og konsekvenser av helseproblemer i forbindelse med svangerskap, fødsel og barselstid. For å kunne oppfylle dette formålet har fødselsregisteret siden 1967 registrert en rekke opplysninger. Etter hvert som samfunnet og fødepopulasjonen i Norge endrer seg, er det nødvendig å vurdere nye typer statistikk og helseanalyser basert på opplysningene. En markert endring som er registrert de senere år er økningen i andel fødekvinne som selv ikke er født i Norge. Opplysning om mors fødeland hentes fra Det sentrale folkeregister. Siden tusenårsskiftet er andel fødsler av mødre som selv ikke er født i Norge doblet fra 13,6 % i 2000 til 26,6 % i 2013. Det vil si at mer enn hver fjerde fødsel i Norge i 2013 var av en mor som selv ikke er født i Norge. Andelen fødsler av utenlandsfødte mødre er størst i Helse Sør-Øst (31 % av alle fødsle i denne helseregionen) fulgt av Helse Vest med 24 %, Helse Nord med 20 % og Helse Midt med 19 %. Fødeavdelingene ved Bærum sykehus og ved Akershus universitetssykehus er de som har høyest andel fødsler hvor fødekvinne selv ikke er født i Norge. I 2013 var 41 % av alle fødsler ved disse to fødeinstitusjonene av utenlandsfødte mødre.



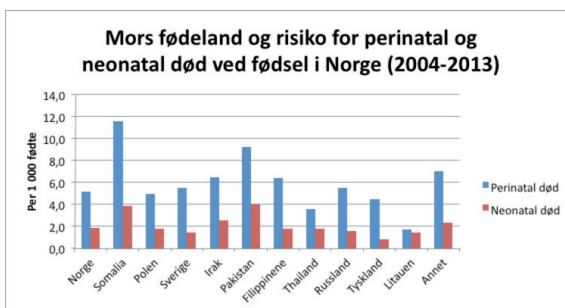
Figur 1. De ti vanligste fødeland for fødekvinne som selv ikke er født i Norge.

Hvor kommer utenlandsfødte fødekvinne fra?

De ti landene utenom Norge som var hyppigst representert som mors fødeland i 2013 er vist i figur 1. Figuren viser antall fødte og den endring det har vært de siste 10 år.

Betyr mors fødeland noe for barnets overlevelse rundt fødselen?

Figur 2 viser andelen perinatale dødsfall (summen av dødfødte og døde i 1. leveuke) samt neonatale dødsfall (døde i 1. levemåned) for Norge og de 10 landene utenom Norge som er hyppigst representert som mors fødeland. Risikoen for å oppleve dødfødsler og dødsfall i 1. levemåned hos barnet er markert høyere for mødre som selv er født i Somalia og Pakistan sammenlignet med mødre som er født i Norge. Mødre som selv er født i Litauen har derimot en lavere risiko for å oppleve dødfødsler enn norskfødte mødre. Årsakene til de observerte forskjellene er sannsynligvis mangefasettete. Det vil kreves mer dyptpløyende analyser og forskning for å identifisere disse, og finne ut hvordan man kan forebygge dødfødsler og dødsfall blant nyfødte av mødre i risikogrupper. ●



Figur 2. Risiko for å oppleve perinatal død (dødfødsel eller død i 1. leveuke) og neonatal død (død i 1. levemåned) for mødre avhengig av hvilket land de selv er født.

Kan prematuritet forebygge atopi?

AV HÅVARD TRØNNES, BARNELEGE OG FORSKER VED HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS

Astma og atopisk eksem regnes som sykdommer relatert til atopi eller allergi. Det er kjent at for tidlig fødsel kan øke risikoen for at barnet utvikler astma, men hvordan det påvirker risikoen for å få atopisk eksem er ikke klarlagt.

Trønnes og medarbeidere publiserte i 2013 en registerstudie som koblet Medisinsk fødselsregister med Nasjonal utdanningsdatabase, Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret og NAV. Tilfeller av astma og atopisk eksem ble identifisert gjennom mottakere av grunnstønad (trygdeytelse for ekstraavgifter ved kronisk sykdom) og hjelpestønad (trygdeytelse for ekstra hjelpebehov ved kronisk sykdom). Kun alvorlig sykdom kvalifiserer for stønad fra NAV.

Studien omfattet 1 760 821 levendefødte barn som var født fra 1967 til 2001. Blant disse hadde 9349 barn utviklet alvorlig astma (0,5 %) og 6930 utviklet alvorlig atopisk eksem (0,4 %). Risikoen for astma økte med prematur fødsel, mens risikoen for atopisk eksem avtok (Figur). Selv om det var en del likheter i risikofaktorer for de to atopiske sykdommene (keisersnitt, enslig mor, paritet, mors atopiske sykdom), var det en rekke ulikheter (svangerskapskomplikasjoner, mors utdanning, alder og kjønn).

Denne studien har vist at for tidlig fødsel er assosiert med økt risiko for alvorlig astma og redusert risiko for atopisk eksem. Forfatterne diskuterer muligheten for at prematuritet kan beskytte mot atopiske sykdommer, men at de skadelige effektene på lungene ved for tidlig fødsel kan overskygge dette og gi økt risiko for astma. De ulike relasjonene til perinatale

og sosiodemografiske faktorer kan tyde på at de to sykdommene – i hvert fall delvis – har ulik opprinnelse.

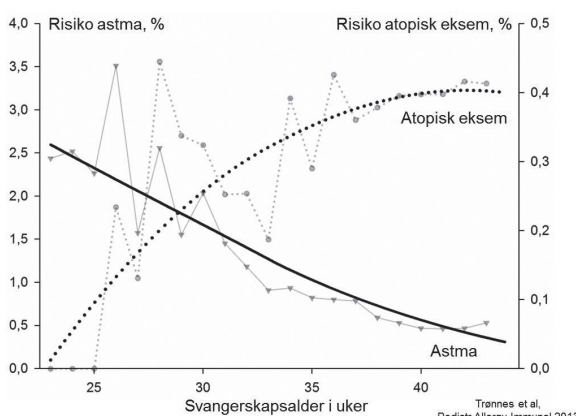
Referanse:

Trønnes H, Wilcox AJ, Lie RT, Markestad T, Moster D. The association of preterm birth with severe asthma and atopic dermatitis: a national cohort study. *Pediatric Allergy and Immunology* 2013;24:782-787. ●



Håvard Trønnes

Foto: Nina Reigstad



Trønnes et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2013

Konsekvens av mors alder for fødsel hos førstegangsfødende lavrisikokvinner

AV LINA HERSTAD, FØDSELSLEGE OG FORSKER VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Som lege har jeg møtt eldre friske gravide som ber om keisersnitt fordi de har hørt at det er risikofyllt å føde vanlig i høy alder. Jeg har også opplevd at vi som helsepersonell har lavere terskel for å intervensjon i forbindelse med fødsel hos eldre gravide lavrisikokvinner enn hos yngre. Det er viktig med kunnskap om fødselsforløpet hos eldre friske gravide for å kunne gi råd, og assistere best mulig under fødselen.

Antall kvinner som utsetter barnefødsler øker, og det gjør også bruk av intervensjoner under fødselen. Kvinners gjennomsnittsalder ved første fødsel har steget fra 23,3 år i 1967 til 28,5 år i 2013. Keisersnitt forekomsten har økt fra 1,8 % i 1967 til 16,4 % i 2014. Studier har vist at bruk av keisersnitt øker med mors alder. Alternativet til planlagt keisersnitt er planlagt vaginal fødsel. Avgjørelsen om fødselsmåte kan påvirkes av rapporter om økt forekomst av langsom fødsel, dårlig fosterlyd under fødsel, og akutte operative forløsninger hos eldre fødende. De fleste studier om dette temaet er foretatt i uselekterte populasjoner der høyrisikokvinner er inkludert. Imidlertid er de fleste eldre fødende kvinner med lav risiko, og det er mulig at tidligere resultater ikke stemmer for disse.

Vi undersøkte derfor forholdet mellom mors alder og fødsel der vi studerte planlagt keisersnitt, akutt operativ forløsning og utfall hos mor og barn avhengig av fødselsmåte. Studien var basert på data fra Medisinsk fødselsregister koblet til Statistisk sentralbyrå. Vi undersøkte 169 583 førstegangsfødende lavrisikokvinner som fødte enkeltfødte barn i hodeleie til termin i tidsrommet 1999 til 2009.

Vi fant at medisinske sykdommer og komplikasjoner i forbindelse med svangerskapet hos mor og barn steg med økende mors alder. De viktigste materielle tilstandene var diabetes, hypertensive sykdommer og infertilitet. De viktigste tilstander som affiserte barnet var flerlinger, avvikende leie, for tidlig fødsel og intrauterin veksthemning. Medfødte kromosomfeil og misdannelser steg også med mors alder. Kvinner uten sykdommer og svangerskapskomplikasjoner utgjorde lavrisikopopulasjonen. I lavrisikopopulasjonen fant vi at forekomst av planlagt keisersnitt uten registrerte medisinske indikasjoner steg med økende mors alder slik at kvinner på 40 år og eldre

hadde nesten 12 ganger økt forekomst sammenlignet med kvinner på 20-24 år. I de samme aldersgruppene fikk den eldste gruppen akutt keisersnitt tre ganger hyppigere og operativ vaginal fødsel to ganger hyppigere enn i den yngste gruppen. Hovedindikasjonen var langsom framgang etterfulgt av dårlig fosterlyd.



Lina Herstad

Foto: Nina Feigstad

Forekomsten av overtidige fødsler, fødselsvekt på 4000 gram eller mer, induksjon av fødsel og bruk av epidural økte noe med økende mors alder, og alle disse faktorene var assosiert med akutt operativ forløsning. Bruk av epidural økte risikoen for akutt keisersnitt mer blant de eldre enn de yngre kvinnene.

Blødning i forbindelse med fødselen økte med økende mors alder. Det var lav risiko for at mor måtte overflyttes til intensivavdeling, for lav Apgar hos barnet, respiratoriske og cerebrale komplikasjoner hos barnet og neonatale infeksjoner, men alle disse faktorene økte med økende mors alder. Bortsett fra blødning hos mor og overflytting av barnet til nyfødte intensivavdeling, var den absolutte økningen av uheldige utfall med økende mors alder liten.

Hos mødre på 40 år og eldre var forekomsten av blødning i forbindelse med fødselen høyere ved planlagt keisersnitt enn ved planlagt vaginal fødsel. Forekomsten av neonatale infeksjoner og overflytting av barnet til nyfødte intensivavdeling var størst ved planlagt vaginal fødsel.

I lavrisikopopulasjonen var forekomsten av planlagt keisersnitt, intervensjoner under fødselen og uheldige fødselsutfall lavere enn i bakgrunnspopulasjonen, men risikoen økte også her med økende mors alder. Likevel; nesten halvparten av de førstegangsfødende lavrisikokvinnene på 40 år og eldre fødte vaginalt uten akutt operativ forløsning. Så i samsvar med den norske «Veileder i fødselshjelp» oppmuntres eldre lavrisikokvinner til å føde vaginalt. ●

Husk på

- Vær oppmerksom på korrekt utfylling av datoer for siste menstruasjon og fødselstermin. Dette er også viktig ved svangerskap etter assistert befruktning.
- Dersom det er arvelig sykdom i mors familie, spesifiser (i fritekst) om dette gjelder fødekvinne eller kvinnens mor.
- Mors røykevaner før og under svangerskapet (med mindre kvinnen motsetter seg at opplysningene registreres).
- Mors høyde og vekt før og ved slutten av svangerskapet.
- Induksjonsmetode, indikasjon for induksjon og/eller indikasjon for inngrep under fødselen er ofte mangelfullt utfyllt. Fyll inn kryssboks eller spesifiser med fritekst
- Dersom barnet har diagnose P700 (syndrom hos barn av mor med svangerskapsdiabetes), skal det også være oppgitt at mor har svangerskapsdiabetes, og dersom barnet har diagnose P701 (syndrom hos barn av diabetisk mor) skal det også være oppgitt at mor har diabetes type 1 eller diabetes type 2.
- Dersom barnet flyttes til barneavdeling (evt. ved annet sykehus), kryss av og spesifiser navn på barneavdeling/sykehus.

Veileder til utfylling av fødselsmeldingen er sendt alle fødeinstitusjoner. [Veilederen](#) kan også lastes ned fra Medisinsk fødselsregisters websider på fhi.no.

Meldeskjema «Overflytting til ny barselavdeling» utgår, og skal ikke lenger sendes til MFR.

Nytt informasjonsskriv til den fødende: Det er utformet informasjonsskriv til den fødende som beskriver hva som registreres i Medisinsk fødselsregister, hva dataene brukes til og hvilke rettigheter den registrerte har. [Informasjonsskrivet](#) kan lastes ned fra Medisinsk fødselsregisters websider på fhi.no.