

Institusjonsstatistikk- møtet 20. oktober 2016

AV MARTA EBBING, FAGDIREKTØR FOR HELSEREGISTRE
VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Medisinsk fødselsregister (MFR) sitt åttende institusjonsstatistikk-møte ble avholdt torsdag 20. oktober 2016. I alt 149 deltakere fra nesten alle landets fødeinstitusjoner, helseforvaltningen og fra Folkehelseinstituttet var samlet på Grand Hotel Terminus i Bergen. Programmet var variert, med endel faste poster og noe nytt. Fødestuefødsler, røyking i svangerskapet og premature fødsler/barn var faglige tema for årets møte. Se presentasjonene på nettet her: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/institusjonsstatistikk-mote--medisinsk-fodselsregister/>.

De foreløpige tallene for 2015 ble publisert 19. oktober 2016, se (<http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> – velg «Institusjonsstatistikk»). Møtedeltakerne fikk utlevert en rapport med tallene i tabeller og ble bedt om å melde tilbake til MFR dersom man oppdaget feil i tallene. Undertegnede åpnet møtet med å vise utvalgte resultater om mor, fødsler og barn. De endelige tallene for 2015 publiseres 22. februar 2017. Den forsinkede publiseringen av 2015-årgangen skyldes det store prosjektarbeidet med moderniseringen av MFRs IT-systemer, som skal ferdigstilles mars 2017.

Jordmor Anne Grete Rånes fra Fødestua Midt-Troms viste resultater fra sin institusjon for perioden 2008-2015. Deretter viste professor og overlege Pål Øian ved Universitetssykehuset Nord-Norge resultater fra Fødestueprosjektet, som nå er avsluttet. Se artikkel på s. 2.

Dagens hovedtema var røyking blant gravide. Karl Erik Lund, forsker ved Folkehelseinstituttet, startet med et innlegg om røyke- og snusvaner i Norge, som

omhandlet ulike scenarier for overgang fra røyking til snusing og fra snusing til røyking. Se hans artikkel på s. 2. Deretter fikk vi en redegjørelse for kvaliteten på røykedata i Medisinsk fødselsregister ved statistiker Olaug Askeland ved Folkehelseinstituttet, se artikkel på s. 3. Så fikk vi høre om røyking i svangerskapet og risiko for intrauterin veksthemming ved lege og ph.d. kandidat Liv G. Kvalvik ved Universitetet i Bergen. Til slutt i denne sesjonen gav Per Schwarze, forsker ved Folkehelseinstituttet, en oversikt over kunnskap om effekter av snusing i svangerskapet. Se artikkel på s. 3. Vi håper at det vil bli mulig å registrere data om gravides bruk av alle former for tobakk/nikotin etter at forskriften for MFR blir revidert.

I den siste sesjonen fikk vi tre presentasjoner om prematuritet. Overlege og ph.d. kandidat Hans Jørgen Stensvold ved Rikshospitalet viste oppdaterte resultater vedrørende sykkelighet og dødelighet blant ekstremt premature basert på data fra Norsk nyfødtd medisinsk kvalitetsregister og Medisinsk fødselsregister. Overlege og ph.d. Hans Jørgen Guthe ved Haukeland universitetssjukehus gikk gjennom etiske dilemma ved beslutninger rundt behandling av ekstremt premature. Til slutt viste Bente Johanne Vederhus, fagansvarlig sykepleier og ph.d. ved Haukeland universitetssjukehus resultater fra forskning på livskvaliteten hos barn og unge voksne som er født prematurt.

Jeg er takknemlig for det store engasjementet fra møtedeltakerne og gleder meg til neste institusjonsstatistikk-møte og til markeringen av MFRs 50 års jubileum som blir onsdag 25. oktober 2017 på Grand Hotel Terminus i Bergen. ●

Utgitt av
Folkehelseinstituttet
Avdeling for helseregistre
Postboks 973 Sentrum
5808 Bergen
www.fhi.no

Redaksjon:
Marta Ebbing
(ansvarlig redaktør)
Nina Reigstad (redaktør og fotograf)

Redaksjonen avsluttet oktober 2016

Design:
Per Kristian Svendsen

Layout:
Wittusen & Jensen

Opplag:
1800 distribuert til fødeinstitusjoner
og barneklinner

Trykk: Wittusen & Jensen

ISSN 0802-0604



Innlederne på MFRs institusjonsstatistikk-møte.

Bak fra venstre: Hans Jørgen Guthe, Marta Ebbing, Pål Øian, Olaug M. Askeland og Hans Jørgen Stensvold.

Foran fra venstre: Anne Grete Rånes, Karl Erik Lund, Liv G. Kvalvik og Per E. Schwarze. (Bente Johanne Vederhus var ikke tilstede da bildet ble tatt.)

Fødestueprosjektet 2008-2010

AV PÅL ØIAN, OVERLEGE OG PROFESSOR VED UNIVERSITETS-SYKEHUSET NORD-NORGE

I perioden 2008-2010 ble det gjennomført en utvidet registrering av data om fødsler ved landets fødestuer i tillegg til den vanlige registreringen av data om alle fødsler i Norge til Medisinsk fødselsregister (MFR). Hensikten med denne utvidete registreringen var å skaffe mer kunnskap om fødestuefødsler, spesielt om forekomst av og årsaker til overflytting fra fødestuene til sykehus under eller etter fødsel, og hyppighet av transportfødsler ved overflytting.

Prosjektet ble utført i regi av Nasjonalt råd for fødselsomsorg, HelseDirektoratet og Folkehelseinstituttet/MFR. I studieperioden var det 14 fødestuer i Norge hvorav tre såkalte forsterkede fødestuer med mulighet til å gjøre akutte keisersnitt hvis transport til sykehus ikke var forsvarlig. Data fra 2734 fødsler var inkludert i studien, dvs. fødsler som enten var planlagt til å foregå ved fødestue, eller som ikke-planlagt foregikk ved en fødestue. Av disse skjedde 2514 på fødestuen. Øvrige skjedde enten under transport fra hjemmet til fødestuen, under transport fra fødestuen til sykehus eller på sykehus etter overflytting. Det var svært høy oppslutning om registreringen fra involverte jordmødre.

De fleste overflyttingene skjedde med ambulanse eller fly/helikopter. De aller fleste transporter var udramatiske. Årsaker til overflytting under fødselen var at fødselen gikk

trekt framover i åpningstiden, at mor trengte mer smertelindring eller at man ikke var fornøyd med fosterlyden. Under fire prosent av barselkvinnene eller barnet ble overflyttet til sykehus etter fødsel ved fødestue. De hyppigste årsaker til slik overflytting var mistanke om at mor hadde en fødselsrifi som måtte sys av lege, eller at barnet hadde pusteproblemer. På fødestuene var det under en prosent av barna som hadde Apgar-score mindre enn 7 etter fem minutter. Ved vanlige fødestuer var det under en prosent som endte med vakuumestraksjon, mens det var en noe høyere andel ved de forsterkede fødestuene, hvor det også ble utført en del keisersnitt. I de svært få tilfellene av intrauterin fosterdød eller dødsfall fram til ett års alder hos barna født ved fødestue, var det ingen som klart kunne relateres til selve fødselen. I dag er det 8 fødestuer i Norge. Det er nå ikke anbefalt at man skal ha såkalte forsterkede fødestuer i Norge (Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen, HelseDirektoratet 2010).

Resultater fra Fødestueprosjektet tyder på at seleksjon av fødende til fødestuene fungerte godt i observasjonsperioden. I følge oppdaterte internasjonale guidelines (NICE Clinical Guideline 190 fra desember 2014) anbefales lav-risikofødsende fødsel på en jordmorstyrt fødeenhet (enten i sykehus eller frittstående fødestue) fordi resultatene for mor er bedre (mindre intervensjoner) og resultater for barnet like godt som på en fødeavdeling. ●

Nikotinmarkedet i endring

AV KARL ERIK LUND, FORSKER VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Nikotinmarkedet i Norge er i rask endring. Siden 1985 har det totale tobakksvolumet blitt redusert med mer enn 30 %. Samtidig har markedsandelen for snus vokst fra 5 % til 40 % på bekostning av de til sammenligning livsfarlige sigarettene. Vi er på vei mot svenske tilstander der nærmere 60 % av tobakken konsumeres som snus. Til tross for at forbruket av tobakk pr innbygger ikke avviker særlig fra gjennomsnittet i Europa, har svenske menn, som utgjør majoriteten av snusbrukere, vesentlig lavere dødelighet av tobakksrelaterte sykdommer. Burde vi ikke da være glad for at utviklingen i Norge ser ut til å etterfølge den i Sverige?

De av oss som tør innrømme at vi er nettopp det, møter mye motstand og mistenkeliggjøring. All den tid snus ikke er risikofritt, og kan ha til dels alvorlige konsekvenser for gravide og hjertesyrke, og dessuten er avhengighetsskapende, henter skeptikerne høyst legitime prinsipper fra medisinsk etikk for å begrense bruken med sterke virkemidler.

Komplisert vekting av fordeler/ulempes

Ulempen med denne politikken er at den samtidig også kan tenkes å bremse overgangen til et skadereuserende produkt hos etablerte røykere. Den regulatoriske likebehandlingen av snus og sigaretter kan også resultere i at ungdom med sårbarhetstrekk for bruk av tobakk like gjerne velger sigaretter som snus. Poenget er at vi må vekte fordeler og ulemper ved å likebehandle snus og sigaretter. Denne vektingen er komplisert.

For det første;

Den antatte relative risikoforskjellen mellom snus og sigaretter tilsier at svært mange aldri-røykere (ca. 20) må begynne

å bruke snus for å utligne helsegevinsten fra hver røyker som går over til snus. Mens snusbruk blant aldri-røykere vil medføre moderate følgeskader, vil det føre til en stor gevinst for folkehelsen dersom interessen for bruk av snus blant røykerne kan videreutvikles til hel eller delvis substitusjon. Reservoaret av potensielle 'byttere' er i nikotinprodukt-sammenheng stort.

For det andre;

Snus spiller fortsatt en vesentlig rolle i røykeslutt og røykereduksjon. Selv om aldri-røykernes andel blant snusbrukere har økt fra 16 % i 2003 til 24 % i 2015, rekrutteres fortsatt de aller fleste snusbrukere fra segmentet av røykere eller tidligere røykere.

For det tredje;

Reduksjonen i andel røykere i samfunnet vil etter hvert føre til at den rolle snus har i røykeavvenning vil komme til å avta. I et slikt framtidsperspektiv kan altså en restriktiv snuspolitikk ha sin berettigelse.

For det fjerde;

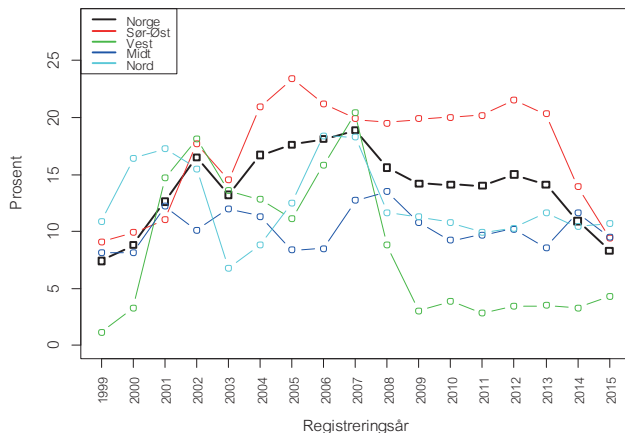
I en imaginær situasjon hvor røykingen er desimert til et minimum og snus ikke lenger spiller en stor rolle som avvenningsmetode for sigaretter, vil netto folkehelseeffekt fra tilgjengelighet til snus bli et resultatet av en vekting mellom to ungdomsgrupper. På den ene siden må vi måle helsegevinsten hos ungdom som under fravær av snus hadde kommet til å bli røykere. På den andre har vi helsetapet som rammer unge snusbrukere som under fravær av snus hadde forblitt helt tobakksfrie. Forholdet er fortsatt 20:1.

Det er ikke lett å være snusfornuftig. ●

Hva sier data i Medisinsk fødselsregister om røykevaner blant gravide?

AV OLAUG M. ASKELAND, STATISTIKER OG RUPALI AKERKAR, SENIORRÅDGIVER VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

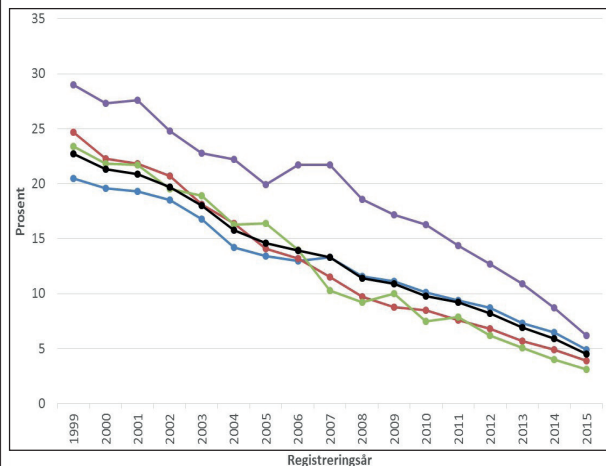
Nytt papirskjema for melding av fødsel ble innført i desember 1998. Nye felt på skjemaet var bl.a. opplysninger om mors røykevaner ved starten og slutten av svangerskapet. I følge MFR-forskriften kan kvinnen motsette seg at opplysninger om røykevaner registreres. Figur 1 viser hvordan andelen som motsetter seg at røykeopplysninger registreres varierer mellom helseregionene for perioden 1999 til 2015. Den svarte linjen er resultatene for alle helseregionene samlet, og den viser en topp i 2007 med en andel på 18,9 %. Denne andelen har falt til 8,3 % i 2015.



Figur 1. Prosentandel som motsetter seg at røykeopplysninger registreres etter helseregion.

Vi ser at endring fra papirbasert til elektronisk melding i fødeinstitusjonene kan ha påvirket rapporteringen av røykeopplysninger, slik at vi har fått en bedre innmelding. Andelen som motsetter seg at røykeopplysninger registreres varierer også med mors fødeland, og immigrantkvinnene er i større grad representert i denne gruppen. Det kan være nærliggende å tro at det for en betydelig del av kvinnene kan være kommunikasjonsproblemer som gjør at det ikke rapporteres røykevaner om dem til MFR.

I 2015 var det registrert røykeopplysninger for 91 % av alle svangerskapene i MFR. Røykevanene blant gravide har endret seg markert over lengre tid. Andelen som oppgir at de røyker daglig ved svangerskapets begynnelse har gått ned fra 22,7 % i 1999 til 4,5 % i 2015. Andelen som røyker av og til har gått ned fra 2,9 % i 1999 til 1,0 % i 2015. Figur 2 viser variasjonen mellom helseregionene i andel dagligrøykere ved svangerskapets begynnelse.



Figur 2. Andel dagligrøykere ved svangerskapets begynnelse etter helseregion.

Blant kvinnene som er dagligrøykere ved svangerskapets begynnelse var det i 2015 fremdeles 62 % som røykte daglig ved svangerskapets avslutning. 3 % klarte å redusere røykingen til av og til, mens 26 % oppgir at de har sluttet å røyke. For de resterende 9 % mangler det opplysninger om dette. Mønsteret for hvordan røykevanene endres gjennom svangerskapet er ganske stabilt for hele perioden MFR har røykeopplysninger. ●

Snusing og svangerskapsutfall

AV PER E. SCHWARZE, FORSKER VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Som andre tobakksprodukter inneholder snus det biologisk aktive og avhengighetskapende stoffet nikotin. I tillegg inneholder snus kreftfremkallende tobakks-spesifikke nitrosaminer (TSNA) og andre kreftfremkallende stoffer som f.eks. polysykliske aromatiske hydrokarboner (PAH).

Økende snusbruk

Det synes å være en betydelig andel kvinner i den yngre aldersgruppen som bruker snus. Kunnskapen om omfanget av snusbruk i svangerskapet er begrenset, men det er indikasjoner på at bruk av snus blant gravide øker. Den sterkt økende bruken blant unge kvinner øker risikoen for at flere gravide vil bruke snus i årene som kommer.

I gjennomsnitt brukes 10,6 doser daglig. En dose porsjonssnus svarer til 0,9 gram. Denne bruksmengden tilsvarer ca. 3 bokser per uke for bokser med 24 porsjoner. Det er anslått at snusbrukere har snus liggende inne i munnen i gjennomsnitt 11–14 timer/dag. Innholdet av nikotin i ulike snusprodukter varierer, fra noen få milligram/gram opptil 20 mg/g snus, som finnes i de sterkeste snusproduktene på markedet, og er typisk 7–8 mg/g. Innholdet av nikotin er i samme størrelsesorden som for røyketobakk. Eksponeringen for nikotin er noe større fra en dose snus enn fra en sigarett, men vil kunne

variere med nikotinmengden i snusen som brukes og hvor lenge den holdes inne i munnen.

Nikotin er et av de viktigste virkestoffene i tobakk. Det har et betydelig vanedannende potensial. Absorpsjonen fra fuktig snus går raskt, og nikotinnivået i blodet hos snusbrukere og røykere er vist å være relativt likt. Nikotin omsettes raskt til uvirksomme nedbrytningsprodukter slik at halvparten av nikotinet er borte etter 2 timer. Nikotin virker primært via acetylkolinreseptorer (nikotinkolinerg type) og fører til frigivelse av forskjellige signalmolekyler. Disse reseptorene finnes foruten i nervesystemet også i en rekke andre organer og vev som muskel, lunge, endotel, nyre og hud.

Uønskede svangerskapsutfall

Fostre er en spesielt sårbar gruppe og gravide kvinners bruk av snus kan påvirke fosterets helse. Bruk av snus i svangerskapet er forbundet med redusert fødselsvekt, økt risiko for prematur fødsel og dødfødsel. Det er også indikasjoner på at snusbruk tidlig i svangerskapet kan øke risikoen for leppe-/ganedefekter hos barnet. Det er holdepunkter for at nikotin påvirker utvikling av både hjerne og lunger negativt. Med den sterkt økende bruken blant unge kvinner, vil risikoen for uønskede svangerskapsutfall og utviklingsforstyrrelser i fosteret og hos barnet kunne øke. ●

Nasjonale kvalitetsindikatorer innen graviditet og fødsel med data fra Medisinsk fødselsregister

AV MARIT KVEINE NYGREN, SENIORRÅDGIVER,
NASJONALT KVALITETSINDIKATORSYSTEM VED HELSEDIREKTORATET

Det finnes i dag 6 nasjonale kvalitetsindikatorer innen graviditet og fødsel med data fra Medisinsk fødselsregister. Disse er:

- Tilstand hos nyfødte
- Dødelighet i nyfødtperioden
- Forekomst av fødselsrifter grad III og IV blant fødende
- Keisersnitt
- Fødsler uten større inngrep og komplikasjoner
- Dødfødte barn

Tilstand hos nyfødte:

Denne indikatoren måler andel nyfødte barn med Apgar-score mindre enn 7 etter 5 min. Resultatene viser at denne andelen er 1,8 % på landsbasis. Det er kun små forskjeller mellom de regionale helseforetakene.

Dødelighet i nyfødtperioden:

Denne indikatoren måler antall barn som dør 0-27 dager etter fødsel per 1000 nyfødte levende barn. På landsbasis er dette tallet 1,8. Variasjonene i dødelighet i nyfødtperioden er små over tid. Variasjoner mellom helseforetak kan skyldes at helseforetakene har ulike fødeinstitusjoner med ulike former for risiko knyttet til fødsler.

Forekomst av fødselsrifter grad III og IV blant fødende:

Denne indikatoren måler andel store rifter blant alle vaginalt fødende, blant førstegangsfødende som føder vaginalt og blant førstegangsfødende som forløses instrumentelt. I 2014 fikk 1,9 % av alle vaginalt fødende store fødselsrifter. Dette er en nedgang fra 2,5 % i 2009. Hos førstegangsfødende som fødte vaginalt i 2014 oppsto det store fødselsrifter hos 3,1 %. Hos førstegangsfødende som ble forløst instrumentelt i 2014 oppsto det store fødselsrifter hos 5,6 %.

Keisersnitt:

Denne indikatoren måler andel keisersnitt hos alle fødende, andel akutt keisersnitt hos førstegangsfødende og andel keisersnitt hos førstegangsfødende. På landsbasis ble 16,9 % av fødslene gjennomført med keisersnitt i 2014 (tilnærmet uendret sammenlignet med 2013). Andel akutt keisersnitt hos førstegangsfødende var 10,3 % i 2014. Andel keisersnitt hos førstegangsfødende var 14,7 % i 2014. Helse Vest har en betydelig lavere andel keisersnitt sammenlignet med de andre helseregionene.

Ukompliserte fødsler:

Denne indikatoren måler andel fødsler uten større inngrep og komplikasjoner hos førstegangsfødende og hos flergangsfødende. Dette defineres her som ikke tang, sugekopp eller keisersnitt, ikke blødning > 1500 ml eller transfusjon, ikke fødselsrifer grad III eller IV, og ikke Apgar < 7 ved 5 min. På landsbasis for 2014 hadde 66,5 % av førstegangsfødende en ukomplisert fødsel, mens 92,1 % av flergangsfødende hadde en ukomplisert fødsel.

Dødfødte barn:

Denne indikatoren måler antall dødfødte barn per 1000 fødte barn. Andelen dødfødte barn i Norge er lav sammenlignet med mange andre land. På landsbasis var andelen 4,3 dødfødte barn per 1000 fødte barn i 2014.

2 nye indikatorer fra MFR planlegges publisert i november 2016.

Dette er:

- Ristimulering under fødsel
- Igangsetting av fødsel ●



Marit Kveine Nygren

Husk på

- Husk på å fylle ut fødselstermin, terminmetode og tidspunkt for undersøkelse av fødselstermin (ved ultralyd).
- Vi ønsker ikke opplysninger om familiens arvelige sykdommer. Husk å registrere sykdommer som mor har hatt før svangerskapet.
- Registrering av «Trombose, behandlet» i svangerskapet: Her menes akutt trombose (dyp venetrombose / blodprop-pemboli) i svangerskapet som er blitt behandlet, ikke bruk dette valget for de kvinnene som får tromboseprofylakse for å forebygge trombose.
- Mors bruk av legemidler.
- 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. Hak av 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.
- Har barnet diagnose P701 (syndrom hos barn av diabetisk mor) skal det også være oppgitt at mor har diabetes type 1 eller diabetes type 2.
- Når det er oppgitt patologiske funn hos barnet ved prenatal diagnostikk, må funnene spesifiseres i neonatale diagnoser/medfødte misdannelser.

Veileder til utfylling av fødselsmeldingen forklarer utfylling og kan lastes ned på MFR sin nettside
<https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/veileder-til-utfylling-pdf.pdf>

Flere eksemplarer av Fødselsnytt kan bestilles på e-post til folkehelseinstituttet@fhi.no

Merk - ny postadresse!

Folkehelseinstituttet, Postboks 973 Sentrum, 5808 Bergen