

Utviklingen for svangerskapslengde og fødselsvekt

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har definert normal svangerskapslengde til å ligge mellom 37 uker og 0 dager og 41 uker og 6 dager. I 2012 var den gjennomsnittlige svangerskapslengden i Norge 39 uker og 5 dager, mens hyppigst forekommende svangerskapslengde ved forløsning var 40 uker og 2 dager.

Prematuritet

Totalt 5,8 % av alle fødsler hadde en svangerskapsvarighet mellom 22 og 37 uker i 2012. Av disse var 0,4 % under 28 uker. Andelen premature fødsler under 37 uker har vært rimelig stabil de senere år, med et forsiktig fall for de minste premature fra 0,5 % i år 2000 til 0,4 % i 2012 (Figur 1).

Overtid

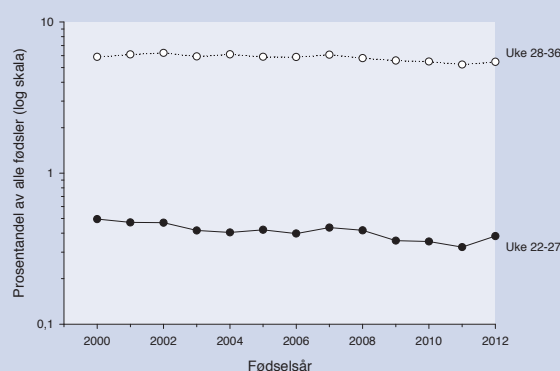
Andel kvinner som føder i svangerskapsuke 42 har falt markert de senere år og er blitt mer enn halvert siden år 2000. Mens 7,9 % av alle fødslene foregikk i uke 42 i år 2000, var det i 2012 kun 3,8 % av fødslene som foregikk i uke 42. Denne endringen i andel tilsvarer mellom 2 000 og 3 000 fødsler. Samtidig er andel fødsler i uke 41 økt fra 18,5 % i 2000 til 21,6 % i 2012.

Det har de senere år vært rettet stor oppmerksomhet mot overtidsfødsler både innen fødselsomsorgen og blant de gravide. Det ser således ut som om stadig færre kvinner opplever å gå inn i den perioden WHO definerer som overtid, men i stedet forskyves mot forløsning nærmere termin (Figur 2). Helsedirektoratet sendte i juli 2011 ut anbefalinger om håndtering av overtidige svangerskap. Disse fikk stor oppmerksomhet. Fallet i andel fødsler i uke 42 er særlig stort i 2011, og fortsetter i 2012.

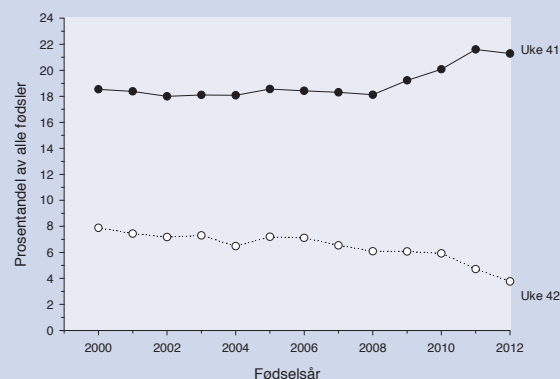
Fødselsvekt

I 2012 var gjennomsnittlig fødselsvekt 3 480 gram. På samme måte som barn med lav gestasjonsalder har vært relativt stabilt de senere år, har også andel fødsler med lav fødselsvekt vist liten endring. Andel barn med fødselsvekt under 1 000 gram har vært på rundt 0,5 %, andel med fødselsvekt under 1 500 gram har falt svakt fra 1,2 % i år 2000 til 1,0 % i 2012, og andel med fødselsvekt under 2 500 gram var 5,2 % i år 2000 mens den var 4,9 % i 2012.

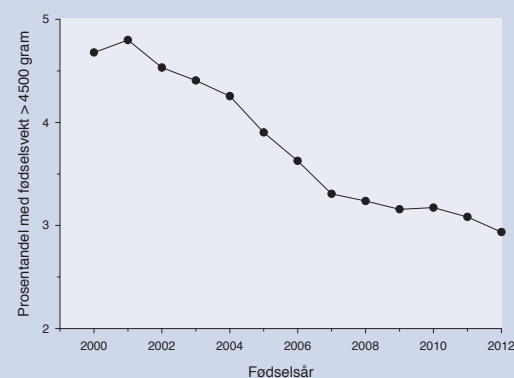
Andel av barn med høy fødselsvekt (over 4 500 gram) har vist en gledelig nedgang fra like under 5 % i år 2000 til under 3 % i 2012 (Figur 3). Det er så langt ingen indikasjon på at dette fallet flater ut, og utviklingen kan ha sammenheng med den økte oppmerksomheten på mors ernæring og vekt under svangerskapet, samt en økt oppmerksomhet rundt svangerskapsdiabetes. ●



Figur 1. Andelen premature fødsler i Norge 2000–2012



Figur 2. Andelen kvinner som føder i uke 41 og 42 i Norge 2000–2012



Figur 3. Andelen barn med høy fødselsvekt (over 4 500 gram) i Norge 2000–2012

Utgitt av
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Avdeling for medisinsk fødselsregister
Kalfarveien 31
5018 Bergen
e-post: nina.reigstad@fhi.no
www.fhi.no

Redaksjon:
Marta Ebbing (ansv. redaktør)
Nina Reigstad (redaktør)

Redaksjonen avsluttet 28.06.2013

Design:
Per Kristian Svendsen

Layout:
wj.no

Opplag:
1700 distribuert til fødeavdelinger
og barneklinner

Trykk: wj.no

ISSN 0802-0604

Pandemivaksinasjon økte ikke risikoen for dødfødsel

Gravide som ble vaksinert mot influensa under pandemien i 2009, hadde ikke økt risiko for dødfødsel. Gravide som fikk influensasykdom hadde derimot økt risiko for dødfødsel. Dette viser en registerstudie utgått fra Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Under svineinflusapandemien i 2009 kom det enkelte rapporter om aborter og dødfødsler som skjedde kort tid etter vaksinasjon mot svineinfluensa. Folkehelseinstituttet ville derfor undersøke om det var noen sammenheng mellom svineinflusavaksinen og dødfødsel.

Gravide har økt risiko for å bli alvorlig syke av influensa. Det er i tidligere studier vist at gravide som blir lagt inn på sykehus med alvorlig influensasykdom har økt risiko for dødfødsel.

I denne studien hadde vi mulighet til å undersøke om svineinflusasykdom kunne øke risikoen for dødfødsel også blant gravide som ikke var så syke at de ble lagt inn på sykehus, sier Siri Eldevik Håberg, som er førsteforfatter av artikkelen. Fordi vi har gode helseregistre er Norge ett av veldig få land som har mulighet til å undersøke disse problemstillingene. Registerne inneholder blant annet informasjon om svangerskap og vaksinasjon mot svineinfluensa.

Hovedfunn

Under influensa A(H1N1)-pandemien i 2009 fikk hele den norske befolkningen tilbud om pandemivaksinen Pandemrix. Vaksinasjonsdekningen i Norge var omtrent 45 % i befolkningen som helhet. Over halvparten (54 %) av de som var gravide under pandemien, ble vaksinert.

Studien omfatter mer enn 117 000 fødsler fra tiden før, under og etter pandemien i Norge. Nesten 26 000 kvinner ble vaksinert mot svineinfluensa mens de var gravide.

Opplysninger i Medisinsk fødselsregister og vaksinasjonsregisteret (SYSVAK) gjorde det mulig å ta hensyn til når i svangerskapet gravide kvinner ble vaksinert. I studien ble kvinner fortløpende sammenlignet utover i svangerskapet, og det ble tatt hensyn til når i svangerskapet kvinnene ble vaksinert eller søkte lege for influensasymptomer, og hvor lenge svangerskapet varte.

Hovedfunnene fra studien var at:

- Gravide som ble vaksinert i svangerskapet hadde ikke økt risiko for dødfødsel.
- Gravide som ble vaksinert i svangerskapet hadde en betraktelig lavere risiko for å få influensa.
- Gravide som fikk influensadiagnose under pandemien hadde nesten doblet risiko for dødfødsel.

Resultatene i denne studien styrker funn i mindre studier fra Danmark og Canada, som også viser at svineinflusavaksinen er trygg for gravide, og ikke forbundet med økt risiko for dødfødsel.

Det er betryggende at en så stor og grundig undersøkelse ikke finner noen holdepunkter for at svineinflusavaksinen økte risikoen for dødfødsel, sier Siri Eldevik Håberg. Resultatene fra studien tyder derimot på at influensainfeksjon under graviditet kan være farlig for fosteret, selv om moren ikke blir alvorlig syk og innlagt på sykehus, legger hun til.

Anbefaler vaksine

Vi anbefaler at gravide vaksinerer seg mot influensa. I tillegg til å beskytte moren, beskytter vaksinen barnet de første månedene etter fødselen, i en periode da barnet selv er for lite til å bli vaksinert, sier Håberg. ●



Siri Eldevik Håberg er førsteforfatter av artikkelen som viser at vaksinasjon av gravide ikke økte risikoen for dødfødsel. FOTO: TORUNN EILIN GJERUSTAD / FOLKEHELSEINSTITUTTET

Referanse: Siri E. Håberg, Lill Trogstad, Nina Gunnes, Allen J. Wilcox, Håkon K. Gjessing, Sven Ove Samuelsen, Anders Skronnal, Inger Cappelen, Anders Engeland, Preben Aavitsland, Steinar Madsen, Ingebjørg Buajordet, Kari Furu, Per Nafstad, Stein Emil Vollset, Berit Feiring, Hanne Nøkleby, Per Magnus og Camilla Stoltenberg. Risk of fetal death after pandemic influenza virus infection or vaccination. *N Engl J Med.* 2013;368(4):333-40. doi: 10.1056/NEJMoa1207210.

Studien er utført av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Legemiddelverket og National Institutes of Environmental Health Sciences i USA.

Revidert skjema:

Melding til MFR av graviditet etter assistert befruktning (ART)

Skjema om melding til Medisinsk fødselsregister (MFR) av graviditet etter assistert befruktning er revidert i tråd med den medisinske utviklingen på området.

Skjemaet er gjeldende fra 1. juni 2013. Helsepersonell som tilbyr og yter assistert befruktning skal melde opplysninger til MFR hvis paret som får ART ikke motsetter seg det, jf. Medisinsk fødselsregisterforskriften. Meldings-skjemaet innhenter opplysninger om graviditet etter assistert befruktning med påvist levende foster (hjerteaksjon) ved første ultralydundersøkelse.

Se revidert meldeskjema og veiledning til skjemaet på www.fhi.no. Spørsmål om meldeplikten og bruk av skjema kan sendes på e-post til mfr@fhi.no

Preeklampsi – valideringsstudie

Data om preeklampsi hentet fra Medisinsk fødselsregister (MFR) brukes hyppig i epidemiologisk forskning både nasjonalt og internasjonalt. Kunnskap om kvaliteten på slike data er grunnleggende for å få gyldige og reproducerbare resultater. Validiteten av registrert preeklampsi i MFR er nå for første gang undersøkt i en studie som sammenholder opplysninger i MFR med medisinske opplysninger i pasientjournaler.

Studien viser at validiteten av diagnosen preeklampsi i MFR er høy når registerets egne kriterier for å registrere preeklampsi legges til grunn. MFRs kriterier er at kvinnen skal ha målt hypertensjon (blodtrykk >140/90 mmHg) kombinert med proteinuri (+1 på urinstix) minst en gang. Den registrerte diagnosen preeklampsi i MFR er da bekreftet ved opplysninger fra pasientjournalen i 856 av 966 (88,3 %) tilfeller (studiegruppe 1) for perioden 1967-2002.

Imidlertid er validiteten av registrert preeklampsi i MFR dårligere dersom nyere og internasjonale kliniske kriterier for diagnosen preeklampsi som ble innført i Norge fra 1998 og senere legges til grunn. Kliniske kriterier krever at kvinnen skulle ha målt hypertensjon kombinert med proteinuri minst to ganger. Den registrerte diagnosen preeklampsi i MFR er da bekreftet ved opplysninger fra pasientjournalen i 724 av 1128 (63,6 %) tilfeller (studiegruppe 2) for perioden 1967-2005. Validiteten av registrert preeklampsi i MFR er bedre mot slutten av studieperioden, uavhengig av hvilke kriterier som legges til grunn, noe som sannsynlig reflekterer at de strengere kliniske kriteriene for diagnosen også er implementert i meldepraksis til registeret.

Studien viser at det er nødvendig med koordinerte og standardiserte diagnostiske kriterier for korrekt registrering av komplekse sykdommer som preeklampsi i MFR. Dette vil kunne øke kvaliteten på de registrerte data og slik fremme



Liv cecilie Thomsen har ledet en valideringsstudie om preeklampsiregistrering i MFR.

FOTO: © SARA WARD

grunnforskning og kliniske intervensjoner basert på informasjon fra MFR. ●

Referanse: Thomsen LCV, Klungsøyr K, Roten LT, Tappert CT, Araya E, Tollaksen K, Bærheim G, Leuchsner H, Fenstad MH, Macsali F, Austgulen R, Bjørge L. Validity of the preeclampsia diagnosis in the Medical Birth Registry of Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2013 Apr 26. doi: 10.1111/aogs.12159.

Rapport fra EURO-PERISTAT:

Helsen til gravide, fødende og nyfødte er fortsatt en utfordring i Europa

EURO-PERISTAT-prosjektet samler inn standardisert informasjon om helsen til gravide, fødende og deres nyfødte barn fra 26 EU-land samt Island, Norge og Sveits. I Norge er datagrunnlaget hentet fra Medisinsk fødselsregister (MFR).

Sykdom og dødelighet hos gravide, fødende og nyfødte er et alvorlig problem i enkelte europeiske land, og risikofaktorene varierer fra land til land. Utfordringer i Norge er høy alder hos mor, mors overvekt og røyking i svangerskapet.

Sammenlignet med andre land i Europa har Norden lav mødre- og spedbarnsdødelighet, samt et relativt lavt antall barn med lav fødselsvekt og for tidlig fødsel. I europeisk sammenheng hadde Norge størst nedgang i andel for tidlig fødte barn fra 2004 til 2010. Derimot hadde 14 land en økning i andel for tidlig fødte barn i denne perioden. Få barn blir forløst med keisersnitt i Norden sammenlignet med andre land i Europa. Blant land med høy andel keisersnittforløsning, hadde Portugal, Romania og Italia alle mer enn 35 %.

Mangler godt datagrunnlag i Norge

– Utfordringen i Norge er at vi mangler offisiell, god og kvalitetssikret statistikk på mødredødsfall. Mangelfull informasjon om mors røykevaner, høyde og vekt er også problematisk, sier Kari Klungsøyr, overlege hos MFR ved Folkehelseinstituttet og professor ved Universitetet i Bergen.

Risikofaktorer som kan forebygges

Røyking i svangerskapet er en av de alvorligste og forebyggbare risikofaktorene for helsen til gravide og nyfødte. I 2010 røykte 18,6 % av de gravide ved begynnelsen og 7,4 % ved slutten av svangerskapet i Norge. Alderen til fødende har økt jevnt og trutt over mange år i stort sett hele Europa. I Norge var 19,5 % av de fødende 35 år eller eldre i 2010. Høy alder hos mor er forbundet med risiko for komplikasjoner i svangerskapet, spesielt hvis kvinnen er førstegangsfødende. Overvekt hos den gravide er en annen risikofaktor som har vært økende i mange europeiske land. Overvekt er blant annet knyttet til høyere risiko for svangerskapsforgiftning, svangerskapsdiabetes, store barn (som kan gi vanskelige fødsler) og dødfødsel.

Vil bedre helsen til mor og barn

Målsettingen for EURO-PERISTAT er å arbeide for bedring av helsen til gravide, fødende og nyfødte, samt å bidra med datagrunnlag til evaluering av omsorgen for disse gruppene i Europa.

Les mer om rapporten: www.europeristat.com

Uterusruptur

– sjelden komplikasjon med mangelfulle registreringsrutiner

Uterusruptur (revning av livmoren ved fødsel) er en sjelden komplikasjon som forekommer i ca. 0,7/1000 fødsler, men øker til 2–8/1000 hos kvinner med arr i uterus som følge av tidligere keisersnitt.



qbal Al-Zirqi har ledet valideringsstudien om uterusrupturregistrering i MFR

FOTO: PRIVAT

Revningen kan være partiell, der kun en del av uterusveggen er revnet, eller den kan være komplett, noe som innebærer at alle lagene i livmoren er revnet. Dette medfører stor risiko for at barnet og morkaken kommer utenfor livmoren i buken, noe som får katastrofale følger. Sistnevnte type ruptur er sjeldnere enn den første typen.

Antall kvinner med tidligere keisersnitt har økt over tid og det forventes der-

for en økning i forekomsten av uterusruptur. Det er derfor viktig å studere utvikling i risikofaktorer og forekomst. For å gjøre pålitelige studier er det nødvendig å validere/kvalitetssikre registreringene i Medisinsk fødselsregister (MFR). I denne studien ble dette gjort ved å sammenligne registrering av fødsler med uterusruptur i MFR med informasjon om de samme fødslene fra fødslene fra det pasientadministrative systemet ved sykehusene (PAS).

Materiale og metode

Vi validerte registrering av uterusruptur i MFR mellom 1999

og 2008, og identifiserte type ruptur og årsaker til feilaktig registrering mellom 1967 og 2008.

Resultat

I perioden 1999-2008 var det registrert 150 fødsler med uterusruptur i MFR. Av disse var 10 feilregistrerte. I tillegg ble 82 fødsler med uterusruptur som ikke var registrert i MFR, oppdaget gjennom PAS. Dette gir en sensitivitet (andel tilfeller korrekt klassifisert i MFR) på 63,2 %, og en positiv prediktiv verdi (andel av de registrerte med uterusruptur som faktisk hadde tilstanden) på 93,4 %. Forekomsten av uterusruptur totalt var 0,38/1000 i MFR, og økte til 0,56/1000 ved korrigering etter validering. Hos gravide med tidligere keisersnitt var forekomsten av uterusruptur 3,9/1000 i MFR, og økte til 6,2/1000 ved korrigering etter validering. To av tre (63,9 %) registrerte tilfeller i MFR var av type komplett ruptur.

Vel 80 % av de feilregistrerte (falske positive) registreringene i MFR skyldtes feiltolkning eller feilkoding ved MFR. Størstedelen (61,8 %) av de manglende registreringene av uterusruptur i MFR (falske negative) skyldtes underreportering fra fødeavdelingene til MFR.

Konklusjon

Med en andel korrekt klassifiserte tilfeller av uterusruptur på 63,2 % er kvaliteten på registreringen i MFR ikke optimal. MFR-koder etter internasjonale diagnoseklassifiseringer som ikke skiller mellom partiell og komplett ruptur. Dette betyr at studier om uterusruptur kun basert på data fra MFR, uten tilleggsinformasjon fra pasientjournaler, blir ufullstendige. Studien viser at MFR bør vurdere nye rutiner for registrering av uterusruptur, partiell uterusruptur, og truende uterusruptur for å bedre datakvaliteten i MFR. ●

Referanse: Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, Daltveit, AK Vangen S; The NUR group. Validation study of uterine rupture registration in the Medical Birth Registry of Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2013 doi: 10.1111/aogs.12148

Husk på

Ved utfylling av fødselsmelding:

- Dersom det er arvelig sykdom i mors familie, spesifiser (i fritekst) om dette gjelder fødekvinne eller kvinnens mor.
- Mors høyde og vekt før og ved svangerskapets slutt.
- Mors røykevaner før og under svangerskapet (med mindre kvinnen motsetter seg at opplysningene registreres).
- 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.
- Fødselsmelding sendes fra fødeinstitusjonen. Er mor og barn overflyttet til en annen institusjons barselavdeling, sender denne avdelingen egen papirmelding om dette, se eget skjema «Melding til Medisinsk fødselsregister ved overflytting av mor og barn til ny barselavdeling» som kan lastes ned fra <http://www.fhi.no/dokumenter/406753329e.pdf>

Ved overflytting av barn til nyfødtavdeling:

- Bruk Neonatalprogrammet til å melde om barn overflyttet fra barsel til nyfødtavdeling. Dette bør gjøres fortløpende, og minst en gang per måned.

Neste institusjonsstatistikk møte for Medisinsk fødselsregister:

- Velkommen til institusjonsstatistikk møte i Bergen onsdag 4. desember 2013!