

Fødte og perinatal dødelighet

AV ANNE-KJERSTI DALTVEIT, PROFESSOR

Medisinsk fødselsregister registrerte 59 914 fødte i 2013. Dette er 1 454 færre enn i 2012. Tallene for 2013 kan endre seg noe da de enda ikke er helt ferdig kvalitetssikret.

Perinatal dødelighet (summen av dødfødte og døde i 1. leveuke) har fortsatt å falle etter en liten økning i 2007. Dersom en tar utgangspunkt i fødte med fødselsvekt lik eller over 500 gram, var det 228 dødfødte og 69 som døde i første uke i 2013, noe som gir en perinatal dødelighet på 5,0 per 1000 fødte. Dødfødte utgjør en stadig større andel av perinatalt døde. Andelen dødfødte var 59 % i 1967 da registreringen i fødselsregisteret startet, 69 % i 1990, og 76 % i 2013. Se figuren.

Ta man derimot utgangspunkt i fødselsvekt over 1000 gram, reduseres den perinatale dødeligheten til 2,9 per 1000.

Forholdet mellom dødfødte og døde i første leveuke er imidlertid det samme for denne gruppen som for gruppen under 500g (78 % dødfødte).

Det er trolig sammensatte årsaker til at dødfødtraten ikke har utviklet seg like positivt i begge grupper av perinatalt døde. Mens bedret svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg påvirker begge kategorier av dødsfall, vil forhold som terminering av svangerskap med foster som ellers ville dø og bedret omsorg for syke nyfødte påvirke antall barn som dør i første leveuke.

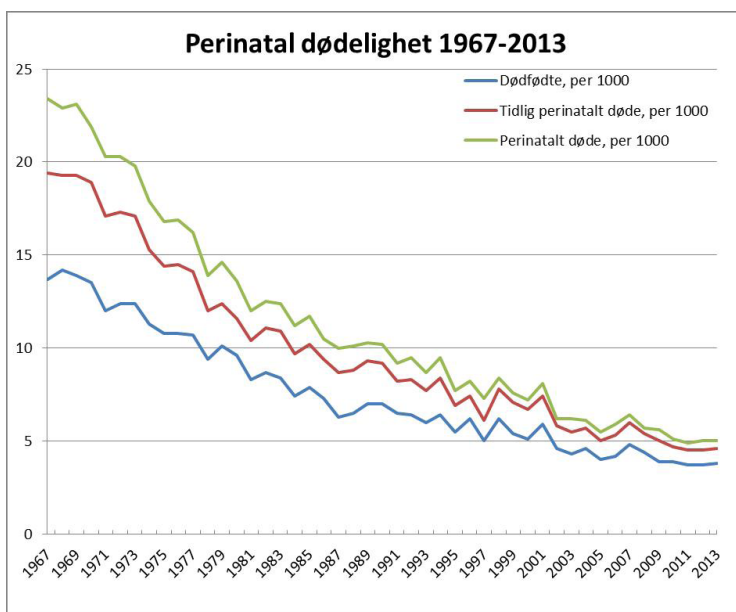
Røyking

Nedgangen i røyking blant gravide kan ha bidratt til reduksjon i perinatal dødelighet. Andelen kvinner som røyker ved

svangerskapets slutt har sunket jevnt fra 17,8 % i 1999 da registreringen startet, til 5,1 % i 2013. Fremdeles er det gravide tenåringsmødre som røyker mest (14,0 %), mens røykeandelen er lavest blant gravide mellom 30 og 34 år (3,5 %).

Mors alder

Gjennomsnittlig fødealder hos førstegangsfødende har vist jevn økning gjennom hele registerets historie, fra 23,1 år i 1967 fram til den stabiliserte seg på rundt 28 år på siste halvdel av 2000-tallet. I 2012 økte den til 28,4 år og ytterligere til 28,5 år i 2013. Økningen i gjennomsnittlige fødealder for andregangsfødende har vært noe svakere. Fra 2000 til 2013 økte fødealder med 1,2 år (fra 27,3 år til 28,5 år) for førstegangsfødende og 0,9 år (fra 30,0 år til 30,9 år) for andregangsfødende. Dermed har avstand mellom første og andre barn blitt kortere. ●



Sykdommer hos mor oppstått i svangerskapet

Svangerskapsdiabetes - ulik diagnostisering og registreringsrutiner?

Medisinsk fødselsregister innførte egen kode for svangerskapsdiabetes i 1988. Tallene viser en nesten ti-dobling i registrert forekomst av denne tilstanden fra 1989 til 2012 - fra 2,5 per 1000 til 23,8 per 1000. Økningen har vært særlig sterk etter 2005.

Det er betydelige variasjoner i registrert forekomst etter bostedsfylke. I perioden 2010-2012 hadde Sogn og Fjordane høyest registret forekomst med 42,3 per 1000, fulgt av Buskerud med 32,6 per 1000. Lavest registrert forekomst hadde Telemark med 9,4 per 1000 fulgt av Rogaland med 12,4 per 1000. Det er lite trolig at disse forskjellene i forekomsten av svangerskapsdiabetes er reelle, og en kan derfor anta at de reflekterer ulike rutiner rundt diagnostisering eller registrering.

Hypertensive tilstander

Hypertensive tilstander oppstått i svangerskapet omfatter hypertensjon alene, preeklampsi, eklampsi og HELLP syndrom. Av disse er preeklampsi den vanligste tilstanden, med omtrent 1700 tilfeller årlig. Hypertensjon alene utgjør omtrent 1100 tilfeller hvert år, mens eklampsi og HELLP til sammen utgjør omtrent 100 tilfeller årlig. Det er ingen klare tidstrender i forekomsten av disse tilstandene. Også geografiske forskjeller er langt mindre for disse tilstandene enn for svangerskapsdiabetes. I perioden 2010-2012 var den samlede forekomsten høyest i Oslo (58,9 per 1000) og Sør-Trøndelag (58,0 per 1000), mens den laveste forekomsten var i Troms (34,5 per 1000) og Sogn og Fjordane (40,0 per 1000). ●

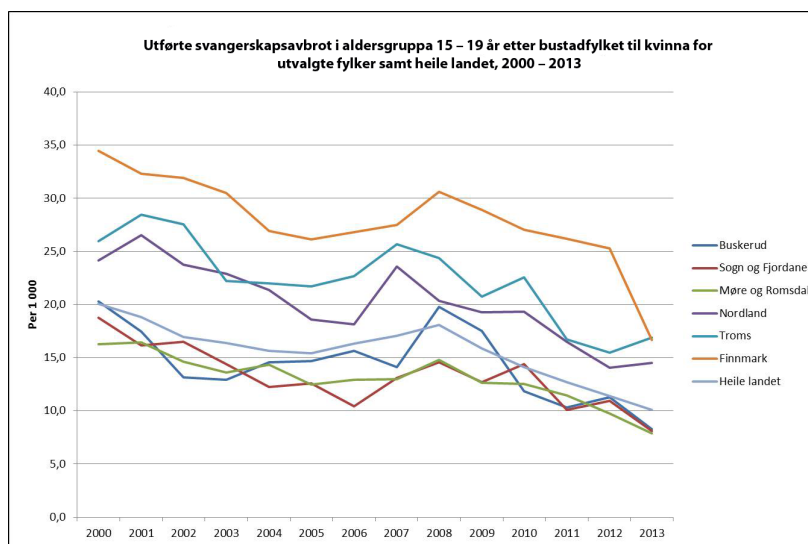
Svangerskapsavbrot - historisk låge tal for aldersgruppa 15-19 år

AV METTE LØKELAND, OVERLEGE OG
OLAUG MARGRETE ASKELAND, STATISTIKER

Talet på svangerskapsavbrot blant tenåringar har gått gradvis nedover dei siste åra. I 2013 vart det utført 10,1 svangerskapsavbrot per 1000 kvinne i aldersgruppa 15-19 år. Det er det lågaste talet sidan Abortregisteret vart oppretta i 1979.

Sidan lov om svangerskapsavbrot vart vedteke i 1978 har det vore eit uttalt politisk ynske å førebygge talet på uynskte svangerskap og då spesielt blant dei under 20 år. Som eit tiltak til førebygging av uynskte svangerskap vart det i 2002 innført gratis prevensjon for aldersgruppa 15-19 år i tillegg til føreskrivingsrett for helsesystrer og jordmødrer. I første omgang gjaldt ordninga berre einskilde p-piller, men då ein gjekk over frå gratis prevensjon til ei subsidiering på 100 kr per tredje måned frå 2006, inkluderte ein og gestagenpreparat, p-plaster og p-ring. I 2000 innførte ein reseptfritak for naudprevensjon.

Det er store regionale skilnader i abortratene i Noreg, men i alle fylke har det vore ein nedgang sidan 2008. I 2013 er det dei tre nordlegaste fylka som har dei høgaste abortratene totalt. For tenåringar ligg Troms på topp med ei rate på 16,9 per 1000 kvinner (15-19 år), Finnmark 16,7 og Nordland 14,5. Finnmark har dei tidlegare åra hatt dei høgaste abortratene. Her har ratene vore til dels dobbelt så høge som landsnittet. Dei hadde derimot det største fallet i abortrate av alle fylke frå 2012 til 2013 då dei gjekk frå 25,3 til 16,7 abortar per 1000 kvinner (15-19 år). Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane og Buskerud har dei lågaste abortratene i landet i denne aldersgruppa på respektive 7,9, 8,1 og 8,3 abortar per 1000 kvinner i aldersgruppa 15-19 år. Oslo har den nest høgaste abortrata for alle kvinner i fertil alder på 16,7 abortar per 1000 kvinner (15-49 år) der landsnittet er 12,5. Når det gjeld tenåringar har Oslo ei rate på 10,2 abortar per 1000 kvinner (15-19 år) noko som er nær landsnittet. ●



Risiko for cerebral parese med for tidlig fødsel og svangerskapskomplikasjoner

AV HÅVARD TRØNNES, BARNELEGE OG PH.D-STIPENDIAT

Det er velkjent at for tidlig fødsel er sterkt forbundet med risiko for å utvikle cerebral parese (CP). Dette kan skyldes umodenheten hos barnet i møtet med livet utenfor livmoren. Samtidig er nesten alle premature fødsler utløst av unormale tilstander i graviditeten, og det er mulig at disse tilstandene kan være skadelige for barnets hjerne og påvirke risikoen for CP. Det er uavklart i hvilken grad umodenhet og svangerskapskomplikasjoner bidrar til den økte risikoen for å utvikle CP hos for tidlig fødte barn.



Foto: Privat

Håvard Trønnes

En ny studie om dette temaet benyttet en kobling mellom Medisinsk fødselsregister og andre nasjonale registre. Studien omfattet over 1,7 millioner barn som ble født i Norge fra 1967 til 2001 og som overlevde det første leveåret.

Forekomsten av CP var 1,8 per 1000 barn. Risikoen for å utvikle CP var 8,5 % blant barn født etter 23-27 svanger-

skapsuker, 5,6 % etter 28-30 uker, 2,0 % etter 31-33 uker, 0,4 % etter 34-36 uker og 0,1 % etter 37 uker. Barn med medfødte misdannelser eller som ble født etter placentalløsning, chorioamnionitt eller intrauterin veksthemming, hadde høyere risiko for CP i nesten alle kategorier av for tidlig fødsel. Svangerskap som var komplisert av preeklampsi, flerlinger, lang fostervannsavgang, uspesifikk blødning i svangerskapet og placenta praevia medførte en høyere risiko for CP hos barn som ble født etter 32 svangerskapsuker, men ingen av disse komplikasjonene økte risikoen med mer enn 2 %. Blant barn som ble født før 31 svangerskapsuker var risikoen høyest hos dem som ble født etter chorioamnionitt i svangerskapet (9,1 %) og lavest blant barna født etter preeklampsi (3,1 %). Resultatene var relativt stabile over studieperioden og kan være til hjelp for å informere foreldre om sannsynligheten for å få et barn med CP ved for tidlig fødsel og svangerskapskomplikasjoner. ●

Referanse: Trønnes H, Wilcox AJ, Lie RT, Markestad T, Moster D. Risk of cerebral palsy in relation to pregnancy disorders and preterm birth: a national cohort study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, e-pub ahead of print, 13. mars 2014.

Sentralisering forbundet med redusert tilgjengelighet til fødeinstitusjoner

AV HILDE ENGMOM, FORSKER OG LEGE

Norsk helsepolitikk har vektlagt desentraliserte helse-tjenester av god kvalitet ved svangerskap og fødsel. Samtidig ble antallet fødeinstitusjoner redusert fra 95 til 51 mellom 1979 og 2010. Engjom og medarbeidere har nylig publisert en studie som beskriver sentralisering av norsk fødselsomsorg og sammenholdt dette med Verdens helseorganisasjon (WHO) sin veileder for evaluering og overvåking av slike helsetjenester.

Studien bygger på innbyggerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2000 og 2009, og på fødselsdata fra Medisinsk fødselsregister (MFR) i perioden 1979-2009. Gruppen studerte tilgang til fødeinstitusjon og utfall for mor basert på tre hoved-endepunkter; andelen kvinner i fertil alder som bodde mer enn en og to timer fra fødeinstitusjon, risiko for ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon og maternell morbiditet (eklampsi, sepsis, tromboemboli, intensivbehandling og alvorlig blødning). SSB sine koordinatfestede innbyggerdata, geografiske koordinater for fødeinstitusjoner og den norske veidatabasen ble benyttet til å beregne reisesone på en og to timer for hver institusjon. Disse ble slått sammen, og antall kvinner mellom 15 og 49 år som bodde innenfor og utenfor sonene ble tatt opp. Fødsler mellom 1979 og 2009 ble samlet i fem-års grupper, og sammenlignet med risiko for ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon i første og siste periode. Risiko for alvorlige komplikasjoner hos mor ble analysert for meldte fødsler til MFR i 2000 og 2009. Gruppen tok hensyn til mors alder, hvor mange barn hun hadde født tidligere, utdanning, sivil status og røyking.

Resultat

Andelen kvinner som bodde mer enn en og to timer fra fødeinstitusjon økte mellom 2000 og 2010, både for fødestue/sykehus og for akuttinstitusjoner alene. Risiko for ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon ble doblet mellom 1979-1983 og 2004-2009. Det var økende forskjeller på fylkesnivå, både i byfylker og i distrikt, men størst risiko i fylker med spredt bosetning og en større andel kvinner med reisevei over en time til institusjonen. Risiko for alvorlige komplikasjoner hos mor økte fra 1,7 til 2,2 % mellom 2000 og 2009. I 2000 fant vi ikke regionale forskjeller, mens det i 2009 var tydelige regionale forskjeller med 40 til 80 % høyere risiko i tre av regionene.

WHO-veiledningen benytter folketall for beregning av behov for institusjoner. I 2000 fylte antall institusjoner i Norge det beregnede behovet nasjonalt og i tre av fem helseregioner. I 2009 ble behovet ikke fylt nasjonalt og antallet institusjoner var lavere enn beregnet behov i helse-regionene Øst, Sør og Vest.



Foto: Privat

Oppsummering

Studien viser redusert kvalitet i et systemperspektiv, med redusert tilgang til fødeinstitusjoner, og økt risiko for ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon. Flere faktorer kan være medvirkende til at kvinner ikke når fram til institusjon, både informasjonen til kvinnen/partneren i svangerskapet, innleggelsesrutiner på store, travle avdelinger og trafikale forhold kan spille inn. Oppbygging og tilgang bør tas med i planlegging og evaluering av helsetjenesten og risiko-faktorer for ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon bør kartlegges bedre.

Gruppen forventet at risiko for alvorlige komplikasjoner hos mor skulle være uendret eller redusert som følge av sentraliseringen. Det er få dødsfall blant mødre og nyfødte i Norge, noe som viser at helsetjenesten har god kvalitet. Imidlertid fant gruppen en økning i risiko for alvorlige komplikasjoner hos mor og økende regionale forskjeller.

Studien viser at det er behov for bedre kunnskap om forholdet mellom oppbyggingen av helsetjenesten og kliniske utfall. Videre forskning må vektlegge måling og overvåking av alvorlige komplikasjoner hos mor. Sammen med utfallet for barnet vil det gi nødvendig kunnskap om fordelingen av nytte og ulemper ved sentralisering av fødselsomsorgen. ●

Referanse: Engjom H, Morken NH, Norheim O, Klungsoyr K. Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. BJOG. 2014 Feb;121(3):290-9.

Kvalitetssikring av data fra fødsel etter keisersnitt

AV MARTA EBBING, AVDELINGSДИРЕКТØR

I løpet av juni måned vil alle landets fødeavdelinger motta informasjonsbrev og skjema for validering av data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) vedrørende fødsel hos kvinner som tidligere er forløst ved keisersnitt. Prosjektet er et samarbeid mellom MFR/Folkehelseinstituttet og Universitetet i

Bergen, og ledes av overlege prof. dr. med. Svein Rasmussen. I alt 500 fødsler registrert i MFR er trukket ut tilfeldig for validering mot opplysninger i pasientjournalen. Antall skjema per fødeavdeling beror på årlig antall fødsler. Avdelingene oppfordres til å prioritere rapporteringen, og vil få telefon og tilbud om veiledning og hjelp til utfyllingen. ●

Nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt

AV JØRG KESSLER, OVERLEGE

16 år etter det første gjennombruddsprosjektet om keisersnitt starter Norsk Gynekologisk Forening høsten 2014 et nytt gjennombruddsprosjekt i obstetikk. Dette skjer i samarbeid med Norsk sykepleierforbund og Den Norske Jordmorforening. Legeforeningens kvalitetsfond har bevilget 1,2 millioner kroner til prosjektet.

En idédugnad på Soria Moria høsten 2013 ga opptakten til prosjektet, og viste med tydelighet at det fortsatt er stor interesse for forbedringsarbeid innenfor obstetikk.

Vi har satt oss ambisiøse mål for et nytt forbedringsprosjekt: å redusere variasjonen i bruk av keisersnitt i veldefinerte, sammenlignbare grupper og sikre at inngrepet kun utføres der det er godt medisinsk begrunnet. Hvordan tenker vi at vi kan få dette til? Vi ønsker å fokusere spesielt på håndtering av langsom fremgang og bruk av oxytocin, fosterovervåking og diagnose av truende asfyksi, ikke-medisinske årsaker til keisersnitt, indikasjoner og metoder for induksjon av fødsel og kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under aktiv fødsel.

Vi er overbevist om at dette er områder der mange vil se muligheter for forbedring på sin arbeidsplass. Vi håper at mange fødeavdelinger hilser et nytt gjennombruddsprosjekt velkommen som en gylden anledning til å gi fødselshjelpen i Norge et nytt kvalitetsløft.

Vi vil samtidig benytte entusiasmen vi forventer på avdelingene i forbindelse med et nytt gjennombruddsprosjekt til innsamling av forskningsdata rundt keisersnitt. Her er det muligheter for spennende studier, og alle ideer og forslag er velkomne. I denne forbindelse er vi svært takknemlig for samarbeidet med Medisinsk fødselsregister, både som dataforvalter og forskningsinstans. ●

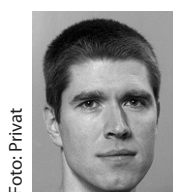


Foto: Privat

Jørg Kessler

For ressursgruppen gjennombruddsprosjekt obstetikk
Jørg Kessler
Overlege, PhD
Kvinneklubben,
Haukeland universitetssjukehus
E post: jorg.kessler@kk.uib.no

Perinatalkomitéene

Perinatalkomitéene ble opprettet på initiativ fra Helse-direktoratet i 1984, som et av flere tiltak for å redusere perinatal dødelighet i Norge. Komitéene er tverrfaglig sammensatt og gjennomgår hendelsesforløpet for barn med alvorlig fødselsasfyksi og barn som dør i forbindelse med fødselen. I 2003 ble ansvaret for perinatalkomitéene overført til de regionale helseforetakene. I dag er det regionale perinatalkomitéer i alle regionale helseforetak med unntak av Helse Midt-Norge.

Helsedirektoratet inviterte i februar 2014 representanter fra de regionale perinatalkomitéer og representanter fra

Medisinsk fødselsregister til et samarbeidsmøte i Oslo. Det var her bred enighet om et større nasjonalt samarbeid mellom perinatalkomitéene. Målet er å lage felles nasjonale inklusjonskriterier for hvilke kasus som skal tas opp i perinatalkomitéene, samt å få større erfaringsgrunnlag gjennom et nasjonalt samarbeid. Arbeidet pågår nå med å definere variabler som kan registreres og sammenstilles nasjonalt med hjemmel i Medisinsk fødselsregisterforskriften. Den regionale komitéen i Helse Nord er i ferd med å utvikle et elektronisk registreringsverktøy som synes å være godt egnet for en felles nasjonal registrering. ●

Husk på

Ved utfylling av fødselsmelding:

- Induksjonsmetode, indikasjon for induksjon og/eller indikasjon for inngrep under fødselen er ofte mangelfullt utfyllt. Fyll inn kryssboks eller spesifiser med fritekst.
- Vær oppmerksom på korrekt utfylling av datoer for siste menstruasjon og ultralyd terminato. 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 høyde og vekt før og ved svangerskapets slutt.
- Mors røykevaner før og under svangerskapet (med mindre kvinnen motsetter seg at opplysningene registreres).
- Dersom barnet flyttes til barneavdeling (evt. ved annet sykehus), kryss av og spesifiser navn på barneavdeling/sykehus.

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

Nytt informasjonsskriv til den fødende: Det er utformet et nytt 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 web sider på fhi.no.