

Fødselsstatistikken 2018

AV KRISTINE MARIE STANGENES, OVERLEGE, AVDELING FOR
HELSEREGISTERFORSKNING OG -UTVIKLING VED
FOLKEHELSEINSTITUTTET

Stadig færre gravide røyker i svangerskapet - vi vet ikke hvor mange som snuser

Andelen kvinner som røyker i svangerskapet har falt med 20 prosentpoeng fra 1999 til 2018 viser tall fra Medisinsk fødselsregister (MFR) (1). Dette er en svært gledelig utvikling og betyr mye for de aktuelle svangerskap og for kvinnenes helse i et livsperspektiv. Røyking i svangerskapet gir blant annet økt risiko for lav fødselsvekt, spontan abort, dødfødsel og prematur fødsel (2).

I 2018 røykte 2,7 % av de gravide daglig i starten av svangerskapet, og 1,6 % røykte daglig i slutten av svangerskapet. Tilsvarende tall for 1999 var 22,7 % og 16,0 %. Samtidig som vi ser at færre røyker, viser tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) at andelen som snuser i befolkningen er økende og dette gjelder særlig blant yngre kvinner. En av seks kvinner i alderen 16–24 år snuser daglig, viser 2018-statistikken fra SSB. Foreløpig er det usikkert hvor mange gravide som snuser i Norge og det er relativt få studier som har undersøkt konsekvensene av snusbruk i svangerskap. Den forskningen som foreligger viser at snusbruk i svangerskapet mest sannsynlig kan føre til redusert fødselsvekt, økt risiko for prematur fødsel og dødfødsel. Det er også holdpunkter for at snusbruk i svangerskapet kan bidra til svangerskapsforgiftning, og øke risikoen for neonatal apné og leppe-/ganemisdannelser (3). Folkehelseinstituttet arbeider for at også data om snusing i svangerskapet skal meldes til MFR.

Hver tredje kvinne er overvektig før svangerskapet
Befolkningsundersøkelser i Norge har vist at andelen kvinner og menn med overvekt har økt fra begynnelsen av 1980-tallet og frem til nå (4, 5). Overvekt er nå en av de aller viktigste risikofaktorene knyttet til tapte leveår og helsetap i Norge, ifølge rapporten Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013 (6).

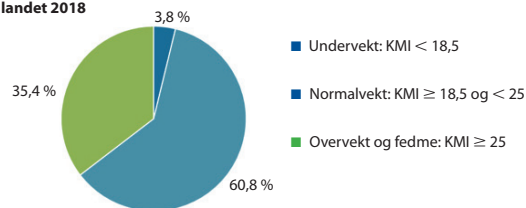
Endringer i miljø og levevaner forklarer trolig den økte forekomsten av overvekt og fedme. Vi lever i et samfunn med svært lett tilgang til energirik mat og et samfunn som gjør det lett å være fysisk inaktiv. Overvekt hos gravide gir økt risiko for en rekke svangerskaps-

fødselskomplikasjoner, i tillegg viser flere studier at mors vekt i svangerskapet har betydning for barnets helse senere i livet (7).

MFR har mottatt opplysninger om mors vekt og høyde fra og med 2007, men innrapporteringen har aldri vært bedre enn i 2018. For 2018 er det innmeldt opplysninger om vekt for 90 % av de gravide. Tallene fra 2018 viser at 61 % av de gravide kvinnene var normalvektige da de ble gravide, mens 35 % hadde en kroppsmasseindeks (KMI) på over 25 kg/m². Det betyr at de hadde overvekt eller fedme. Andelen med fedme (KMI over 30 kg/m²) ved svangerskapets start var 13 %, eller hver sjuende. 1,1 % av kvinnene, hadde sykkelig fedme med en KMI på over 40 kg/m².

Mors kroppsmasseindeks (KMI) før svangerskapet

Hele landet 2018



Geografiske variasjoner i vekt

Det er geografiske variasjoner i forekomst av overvekt og fedme. Hedmark og Telemark er de fylkene med høyest andel kvinner med fedme (KMI>30) ved svangerskapets start, hvor andelen var på henholdsvis 19 % og 17 %. Oslo er det fylket med færrest kvinner med fedme ved svangerskapets start. Her var andelen 8 %.

Kilder:

1. Oppdatert statistikk fra Medisinsk fødselsregister. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
2. Cnattingius, S. *The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes*. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2004; 6 (suppl 2): S125–S140.
3. Folkehelseinstituttet. Helseerisiko ved bruk av snus. Revidert utgave desember 2014. ISBN elektronisk versjon 978–82–8082–644–2. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/helseerisiko-ved-bruk-av-snus-pdf.pdf>
4. Jacobsen BK, Aars NA. *Changes in body mass index and the prevalence of obesity during 1994–2008: repeated cross-sectional surveys and longitudinal analyses*. *The Tromsø Study*. *BMJ Open*. 2015; 5(6): e007859.
5. Midthjell K, Lee CM, Langhammer A, et al. *Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway*. *Clin Obes*. 2013;3(1-2):12–20.
6. Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport-20161-pdf.pdf>
7. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G. *Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition*. *Obes Rev*. 2008 Mar;9(2):140-50.



Deltakere på MFRs brukermøte 5. juni 2019.

Utgitt av
Folkehelseinstituttet
Område for helsedata og digitalisering
Postboks 973 Sentrum
5808 Bergen
www.fhi.no

Redaksjon:
Kristine Stangenes (ansvarlig redaktør)
Olaug M. Askeland
Pétur B. Júlíusson

Redaksjonen avsluttet juni 2019

Design:
Per Kristian Svendsen

Layout:
Wittusen & Jensen

Opplag:
1800 distribuert til fødeinstitusjoner
og barneklionikker

Trykk: Wittusen & Jensen

ISSN 0802-0604

Ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon

AV KRISTINE MARIE STANGENES, OVERLEGE, AVDELING FOR HELSEREGISTERFORSKNING OG -UTVIKLING VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Totalt 351 fødende kvinner nådde ikke fram til klinikken i 2018. 171 fødte under transport, 153 hjemme og 27 på annet sted, viser de nye tallene fra Medisinsk fødselsregister (MFR) (1).

I 2018 ble det født 55 908 barn i Norge, av dem var 0,6 % ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon. Andelen ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon har vært stabil siden 1999, og på landsbasis har denne andelen hele tiden vært på 0,6-0,7 % av de fødte.

Forskning viser at de fleste kvinnene opplever slike fødsler som skremmende og dramatiske. Når en fødsel skjer utenfor institusjon og uten at det er planlagt, er det ikke alltid kyndig personell til stede, og nødvendig utstyr kan mangle. Forskning viser også at det er økt risiko ved disse fødsle. Det er derfor et mål at flest mulig fødsler foregår i en institusjon. Den økte risikoen, og hvordan kvinner opplever slike fødsler, er beskrevet i to nylige studier (2, 3).

Tabell 1 viser antall og andel ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon for de seks fylkene med høyest forekomst. Se nyhetssak på <https://www.fhi.no/nyheter/2019/nye-tall-351-rakk-ikke-fram-til-fodeklinikken/> for alle fylkestallene. ●

Tabell 1. Ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon

Bofylke	Antall	Bofylke	Andel (%)
Norge	351	Norge	0,6
Hordaland	43	Finnmark	2,1
Rogaland	42	Sogn og Fjordane	1,4
Trøndelag	38	Oppland	0,8
Oslo	32	Trøndelag	0,8
Akershus	23	Møre og Romsdal	0,8
Møre og Romsdal	21	Rogaland	0,8

Referanser:

- Oppdatert statistikk fra Medisinsk fødselsregister. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Vik ES, Haukeland GT2, Dahl B. Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery* 2016;42:10-15.
- Engjom HM, Morken NH, Hoydahl E, Norheim OF, Klungsoyr K. Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217(2):210 e1-e12.

Fødsel etter tidligere keisersnitt: MFR-data har høy kvalitet

AV SJUR LEHMANN, ASS. FYLKESLEGE, FYLKESMANNEN I VESTLAND OG SVEIN RASMUSSEN, PROFESSOR EMERITUS, UNIVERSITETET I BERGEN

Sammenlignet med mange andre vestlige land, har Norge en høy andel vaginale forløsninger etter tidligere keisersnitt. I flertallet av svangerskap etter tidligere keisersnitt er et forsøk på vaginal forløsning både mulig og ønskelig. Det har imidlertid ikke vært undersøkt hvor mange kvinner i Norge som faktisk forsøker å føde vaginalt etter tidligere keisersnitt, hvor mange av forsøkene som avbrytes med akutt keisersnitt, og hvordan det i så fall går med barnet.

Som grunnlag for videre forskning ble derfor kvaliteten på data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) undersøkt i fødsler etter tidligere keisersnitt. Variabler som gjaldt planlagt keisersnitt, fødselsstart og faktisk forløsningsmåte ble undersøkt. I tillegg ble det undersøkt om vaginal forløsning kunne identifiseres ved hjelp av disse dataene. Originalartikkelen er publisert i *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* i 2017 (1).

Det ble gjort et tilfeldig uttrekk fra MFR av 500 slike fødsler fra perioden 1989-2011. Fødeavdelingene ble på grunnlag av kvinnens journal bedt om å rapportere kliniske opplysninger på et særskilt utarbeidet skjema. MFR-data ble deretter validert mot opplysningene i skjemaet. I uttrekket var det fødsler etter tidligere keisersnitt fra 43 fødesteder i studieperioden. I alt 41 av disse svarte på undersøkelsen. Komplette data for 477 kvinner (95,5 %) ble dermed mottatt.

De undersøkte variablene hadde – med ett unntak – god kvalitet. Det ble funnet positive prediktive verdier

fra 88 % (akutt keisersnitt) og oppover. Unntaket var fødselsstart ved induksjon, der positiv prediktiv verdi var 56,9 %. Dette samsvarer godt med andre undersøkelser i Norge (2) og Sverige (3). Feilklassifisering av stimulering som induksjon (og omvendt) kan være en mulig årsak til lavere kvalitet for denne variabelen.

MFR har ikke en egen variabel for identifikasjon av forsøk på vaginal fødsel. Sammenstilling av de validerte MFR-dataene hadde imidlertid akseptabel treffsikkerhet for dette (positiv prediktiv verdi 93,2 %, negativ prediktiv verdi 93,5 %, sensitivitet 96,1 % og spesifisitet 88,8 %). Imidlertid kunne 12,4 % av forløsningene ikke klassifiseres ved de aktuelle variablene. En særskilt variabel for forsøk på vaginal fødsel etter keisersnitt kunne likevel vært nyttig.

Hovedkonklusjonen på undersøkelsen ble at dataene hadde god nok kvalitet for epidemiologiske studier av forsøk på fødsel etter keisersnitt. MFR er et av de største tilgjengelige datamateriale som kan brukes til dette. Studien ville ikke vært mulig uten innsatsen til jordmødre og leger ved fødeavdelingene. En stor takk, både for rapportering av data til MFR, og for utfylling av skjema til undersøkelsen. Takk også til UiB som betalte for det hele. ●

Referanser:

- Lehmann S, Baghestan E, Bordahl P, Ebbing M, Irgens L, Rasmussen S. Validation of data in the Medical Birth Registry of Norway on delivery after a previous cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96(7):892-7.
- Moth FN, Sebastian TR, Horn J, Rich-Edwards J, Romundstad PR, Asvold BO. Validity of a selection of pregnancy complications in the Medical Birth Registry of Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2016;95(5):519-27.
- Cnattingius S, Ericson A, Gunnarskog J, Källén B. A quality study of a medical birth registry. *Scand J Soc Med* 1990;18(2):143-8.

Same trend for abort som for fødsler – tala går ned

AV METTE LØKELAND, OVERLEGE ABORTREGISTERET, AVDELING FOR HELSEREGISTERFORSKNING OG -UTVIKLING VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

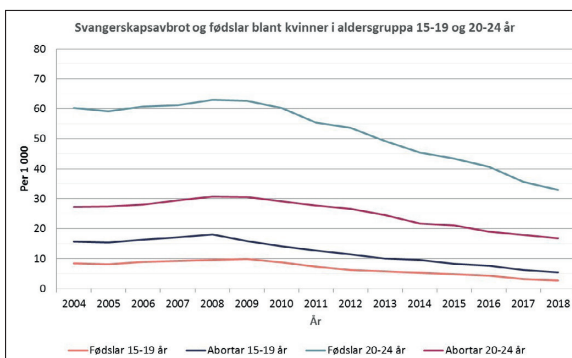
Aborttala har dei siste åra vore historisk låge, og dei falt ytterlegare i 2018, viser tal frå Abortregisteret ved Folkehelseinstituttet. Denne nedgangen er samanfallande med ein markant nedgang i talet på svangerskap blant kvinner under 25 år. Tal frå både Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister viser dessutan ein tydeleg nedgang i graviditetar blant kvinner under 25 år, både dei ynskte og dei uynskte svangerskapa. Det kan sjå ut til at ungdomskulla etter 2008 har vorte betre på å unngå uplanlagte svangerskap og at det igjen fører til ein samanfallande nedgang både i abort- og fødselstal.

Det har vore ein stadig nedgang i aborttala sidan 2008, og det same gjeld fødselstala (Figur 1). Talet på tenåringsgraviditetar har vore lågt lenge. Nedgangen i abortar i aldersgruppa 15-19 år frå 2008 til 2018 er frå 18,1 til 5,5 abortar per 1000 kvinner. For fødsler er nedgangen i den same aldersgruppa frå 9,6 til 2,7 fødsler per 1000 kvinner i same perioden. Det er ein reduksjon på om lag 70 % for både fødsels- og abortratane frå 2008 til 2018. I aldersgruppa 20-24 år ser ein nesten ei halvering i både fødsels- og abortratane frå 2008 til 2018. Abortraten har endra seg frå 30,7 til 16,9 per 1000 kvinner, mens fødselsraten har endra seg frå 63,0 til 33,0 fødsler per 1000 kvinner for denne aldersgruppa.

Det kan vere fleire årsaker til nedgangen i svangerskap blant dei yngste særskild sidan dette er ein internasjonal trend i den vestlege verda. Det er difor truleg fleire ukjende faktorar som vi ikkje kjenner til. Det vi derimot

veit, er at det dei siste 15 åra har vore ei sterk utbygging av helsestasjonar for ungdom. Prevensjonsmiddel har dessutan vorte billegare på grunn av statlege subsidiar. I 2015 vart spiral og p-stav inkludert i denne ordninga.

Studiar har vist at det spesielt er bruken av langtidsvirkende prevensjon som for eksempel p-stav som har størst førebyggjande effekt når det gjeld uplanlagte svangerskap. P-stav er ein tynn, bøyelig plaststav med gestagen, ei gruppe medikament med hormoneffekt som liknar det kvinnelege kjønnshormonet progesteron. P-staven vert satt inn under huden på innsida av overarmen og prevensjonseffekten varer i tre år. Bruk av p-stav har mangedobla seg dei siste ti åra, spesielt blant dei yngste kvinnene. I 2008 var det ifølgje Reseptregisteret registrert ca. 550 brukarar av p-stav i aldersgruppa 15-19 år. I 2017 var dette talet auka til heile 10 815. ●



Figur 1. Svangerskapsavbrot og fødsler blant kvinner i aldersgruppa 15-19 og 20-24 år frå 2004 til 2018, tal per 1000 kvinner.

Psykisk helse og omsorg hos barn eksponert for rusmidler i svangerskapet

AV LISBETH SANDTORV, LEGE I SPESIALISERING, PHD, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

Et barns psykiske helse kan påvirkes av arv og miljømessige faktorer, både i fosterlivet og tiden etter fødselen. Tidligere studier har vist at alkohol har en kjent teratogen effekt, og at barn prenatalt eksponert for alkohol har økt risiko for psykiske vansker. Det er mer omdiskutert om eksponering for andre rusmidler enn alkohol gir økt risiko for psykiske vansker.

I en hospitalbasert studie, som inkluderte en gruppe prenatalt ruseksponerte barn i alderen 6-14 år, henvist til Haukeland Universitetssjukehus i perioden 1997-2012, ble symptomer på psykiske vansker og omsorgssituasjon kartlagt.

Metode

Av 128 inviterte barn, deltok 111 (87 %). Barna ble kategorisert i gruppene "eksponert for alkohol" og "eksponert for andre rusmidler" (inkludert opiat og illegale rusmidler), basert på opplysninger om mors foretrukne rusmiddel.

Barnas omsorgssituasjon og bruk av hjelpetiltak ble kartlagt ved bruk av spørreskjema. Til kartlegging av barnas psykiske helse brukte man de standardiserte spørreskjemaene The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), The Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire, revision IV (SNAP-IV) og Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ). Resultater vedrørende psykisk helse ble sammenlignet med en referansegruppe fra «Barn i Bergen»-studien.

Resultater

De eksponerte barna hadde økt risiko for psykiske vansker innen flere områder, sammenlignet med referansegruppen. Det var størst forskjell mellom de eksponerte barna og referansegruppen når det gjaldt symptomer på hyperaktivitet. Ved sammenligning av gruppen barn eksponert for alkohol med gruppen eksponert for andre rusmidler, var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Gruppen av barn eksponert for andre rusmidler enn alkohol ble nærmere kartlagt når det gjelder konsentrasjon, impulsivitet og oppmerksomhet, i tillegg til sosiale ferdigheter. De eksponerte barna hadde økt risiko for sosiale samspillsvansker og symptomer assosiert med ADHD, sammenlignet med en referansegruppe. I studien ble det brukt screeningverktøy for kartlegging av symptomer. Det ble ikke utført en diagnostisk vurdering av barna.

Nesten alle barna i den eksponerte gruppen bodde i fosterhjem eller var adopterte. Av barna i fosterhjem hadde de fleste hjelpetiltak i hjem eller på skole, i tillegg til at de var plassert utenfor biologisk hjem. Det mest brukte hjelpetiltaket var tiltak i skole.

Konklusjon

Studien kan ikke påvise at risiko for psykiske vansker og økt bruk av hjelpetiltak henger direkte sammen med ruseksponering i fosterlivet, da også andre risikofaktorer kan påvirke et barns psykiske helse. Studien kan imidlertid bidra til å øke fokus på risiko for psykiske vansker hos prenatalt ruseksponerte barn, og bruk av omsorgs- og hjelpetiltak i hjem og skole. ●

Fagråds-, bruker- og institusjonsstatistikk møte 5. og 6. juni 2019

AV OLAUG M. ASKELAND, SENIORRÅDGIVER MEDISINSK FØDSELSREGISTER, AVDELING FOR HELSEREGISTRE VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Medisinsk fødselsregister (MFR) arrangerte fagråds- og brukermøte 5. juni på Grand Hotel Terminus i Bergen. Første del av dagen var viet til fagrådsmøte og etter lunsj var det brukermøte med inviterte superbrukere og andre med ansvar for registreringsarbeid, representanter fra CSAM og de som jobber med MFR i Folkehelseinstituttet (FHI). I alt var det 45 deltakere fra MFRs fagråd, fødeinstitusjonene og FHI. Hensikten med brukermøtet er å få til et tettere samarbeid med fødeavdelingene og med leverandørene av fødejournalsystemene Natus og Partus. På den måten vil vi få en enda bedre innrapportering av fødselsopplysninger til MFR, bedre dialog rundt brukergrensesnittet og behov for tekniske tilpasninger, og nye eller endrede opplysninger i MFR.

Fagrådsmøtet fikk først presentert hva som skjer i MFR i 2019 ved overlege Kristine Stangenes. Deretter snakket seniorrådgiver Mona T. Hornæs og avdelingsdirektør Linda A. Faugstad om hvordan innmelding av ART-meldinger i dag foregår på papirskjema og delvis elektronisk fra OUS. Møtet hadde også fokus på nye data som vil komme inn til MFR når institusjonene etter hvert vil gå over til den nyeste versjonen av fødselsmeldingen, versjon 1.2. Kari Aarø, leder av Den norske jordmorforeningen, innledet til en diskusjon rundt hvordan man definerer aktiv fødsel. Dette som et bidrag til innhold i ny veileder for utfylling av fødselsmelding versjon 1.2. Trude H. Bjørndalen fra Jordmorforbundet NSF, snakket om temaet en-til-en omsorg i aktiv fødsel. Til slutt fikk fagrådet et innlegg fra fagjordmor Elisabeth Sæther fra Helse Møre og Romsdal om betydningen av tidspunkt for avnavling og om dette skal inngå i MFR.

På brukermøtet gikk Mona T. Hornæs gjennom de opplysningene FHI har mest arbeid med å få riktig inn fra fødeinstitusjonene. Statistiker Olaug M. Askeland presenterte kvaliteten på data meldt inn til MFR etter at alle fødeinstitusjonene har tatt i bruk fødselsmelding versjon 1.1. Til slutt snakket jordmor Anne Hedvig M. Pfeffer fra OUS Rikshospitalet om utfordringer med økende mengde data som skal meldes inn med ny versjon av fødselsmeldingen.

Nytt av året var at kompletthetsprisen ble delt ut til en avdeling, basert på innmeldingsgrad av 10 utvalgte og sentrale felter i fødselsmeldingen. Prisen for mest komplette innmeldte fødselsmeldinger gikk til fødeavdelingen (Føde 1 og 2) ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS).



Fra venstre: Kristine Stangenes, Line R. Fjeldstad (jordmor og Natusansvarlig, HUS) og Susanne Albrechtsen (klinikkdirektør kvinneklinikken, HUS)

MFR arrangerte sitt tiende institusjonsstatistikk møte 6. juni. I alt 117 deltakere fra nesten alle landets fødeinstitusjoner, helseforvaltningen og FHI var samlet på Grand Hotel Terminus. Programmet var variert, med en del faste poster og noe nytt.

Fødselstallene for 2018 ble publisert 6. juni 2019. Avdelingsdirektør Pétur B. Júlíusson åpnet møtet med å vise utvalgte resultater om mor, fødsler og barn. Deretter foreleste Sturla Eik-Nes, professor emeritus ved Nasjonalt senter for fostermedisin St. Olavs hospital, over temaet «Fostermedisinske data – utfordringer for MFR». Anne Kjersti Daltveit, forsker ved MFR og UiB viste endringer i fødsels- og abortratene (se side 3). Videre hadde barnelege Kristoffer Brodwall en presentasjon om Downs syndrom og betydningen av hjertefeil for overlevelse gjennom barndommen. Leder for Perinatalkomiteen i Helse Midt-Norge Elisabeth Magnussen avsluttet denne sesjonen med å fortelle om de regionale Perinatalkomiteenes arbeid og ambisjoner, en presentasjon som ble etterfulgt av livlig dialog om temaet.

Etter lunsj foreleste lege Lisbeth Sandtorv om temaet «Konsekvenser av rus i svangerskapet» (se side 3), før Bente Silnes, sykepleier, høyskolelektor og PhD-kandidat avsluttet med å vise erfaringer med familiebasert omsorg i «eneroms nyfødtavdeling».

Både deltakerne og arrangørene var fornøyde med møtene, som opplevdes nyttige og inspirerende. ●

Husk på

- Alle spontanaborter fra 16–22 uker, og dødfødte fra 22 uker skal meldes til MFR. Husk å gi tilbakemelding til MFR på e-post eller telefon om tilsendt kontrollrapport ikke stemmer overens med egne tall.
- Registrer type fosterovervåkning
- Registrer induksjonsmetode, indikasjon for induksjon og/eller indikasjon for inngrep under fødselen. Kryss av, eller spesifiser med fritekst.
- Registrer barnets presentasjon/leie.
- Registrer hvilken type analgesi/anestesi som er brukt ved keisersnitt.

Veileder til utfylling av fødselsmeldingen forklarer utfylling og kan lastes ned fra MFR sin nettside <https://www.fhi.no/publ/2016/veileder-til-utfylling-av-melding-t/>

For gratis abonnement på Fødselsnytt - send e-post til mfr@fhi.no.