

Fødselsstatistikken 2017

AV KRISTINE STANGENES, OVERLEGE MEDISINSK FØDELSREGISTER, HELSEREGISTERFORSKNING OG -UTVIKLING VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Fødselsstatistikken fra Medisinsk fødselsregister (MFR) for 2017 ble presentert 6. juni 2018. Aldri før har fødselsstatistikken vært presentert så tidlig på året. Vi synes det å kunne publisere så ferske tall som mulig har en stor verdi og vi er glade for at vi i år presenterer ferskere tall.

Vårt ønske om tidligere publisering har ført til en noe mer intens etterspørring opp mot fødeavdelingene denne vinteren. Vi er blitt møtt med stor forståelse for vårt ønske og vi er svært takknemlig for den ekstra innsatsen som er lagt ned.

Ikke alt som rapporteres inngår i publiseringen nå. Data om mors helse før og under svangerskapet samt data fra nyfødtavdelingene om barna skal publiseres senere i år.

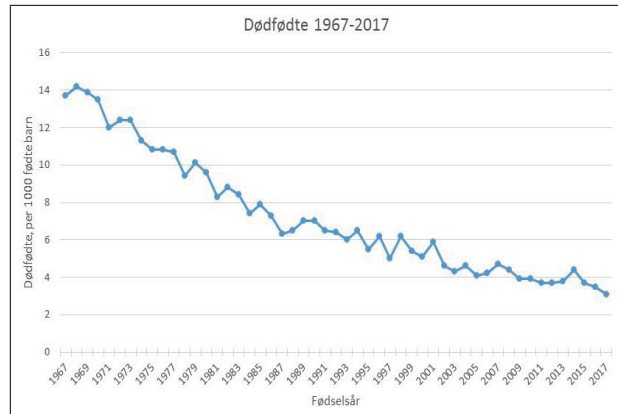
Nedgang i andel dødfødte barn

Norge regnes som et av de mest privilegerte landene i verden når det gjelder helse for gravide og fødende. Dødfødte barn er barn som dør før fødselen kommer i gang, eller som dør under fødselen.

Overvåking og regelmessige svangerskapskontroller er viktig for tidlig å kunne fange opp kjente risikofaktorer eller avvik ved svangerskapet. Dette kan bidra til å redusere risikoen for dødfødsler.

I 2016 ble antall dødfødte etablert som nasjonal kvalitetsindikator på helsenorge.no. I følge tallene fra MFR for 2017 har det aldri vært registrert så liten andel dødfødte barn i Norge. Heller ikke andel perinatalt døde (dødfødte og døde første leveuke) har vært lavere enn i 2017.

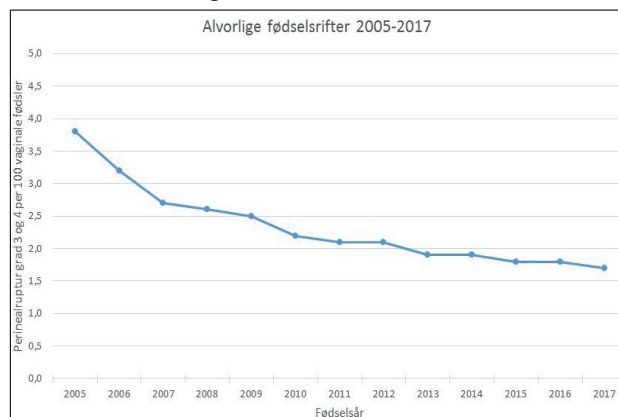
I MFR teller vi dødfødte blant alle fødte med svangerskapslengde 22 uker eller mer og/eller med en vekt på 500 gram eller mer. I 2017 var det 180 dødfødte registrert i MFR. Dette gir 3,1 dødfødte per 1000 fødte. Det har vært en jevn nedgang i andel dødfødte i hele MFRs historie (Figur 1). Det er imidlertid grunn til å tro at det er mulig å redusere andelen dødfødte i Norge ytterligere når vi sammenligner tallene våre med tall fra andre nordiske land.



Figur 1. Dødfødte per 1000 fødte barn, 1967–2017.

Nedgang i alvorlige fødselsrifter

I årene 1967 til 2004 var det en betydelig økning i alvorlige fødselsrifter registrert i MFR. I 2006 lanserte derfor Nasjonalt råd for fødselsomsorg en handlingsplan for å redusere forekomsten av alvorlige fødselsrifter. I denne planen ble det foreslått flere forebyggende tiltak, blant annet støtteteknikker av kvinnens underliv under fødsel og bedre samarbeid mellom den fødende og fødselshjelperen. Det er grunn til å tro at denne handlingsplanen har vært effektiv i å forebygge alvorlige fødselsrifter. Tall fra MFR viser nå at andelen perinealruptur grad 3 eller 4 er mer enn halvert fra 2005 til 2017 (Figur 2). Andelen fødekvinne som får denne type skader er i tidsperioden redusert fra 3,8 til 1,7 prosent av alle som føder vaginalt. ●



Figur 2. Alvorlige fødselsrifter, 2005–2017.



En engasjert forsamling på MFRs fagråds- og brukermøte 6. juni 2018.

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

Redaksjon:
Marta Ebbing (ansvarlig redaktør)
Olaug M. Askeland (redaktør)

Redaksjonen avsluttet juni 2018

Design:
Per Kristian Svendsen

Layout:
Wittusen & Jensen

Opplag:
1800 distribuert til fødeinstitusjoner
og barneklinner

Trykk: Wittusen & Jensen

ISSN 0802-0604

Fagråds- og brukermøtet 6. juni 2018

AV KARIN OPHEIM, AVDELINGSДИРЕКТØR, HELSE DATAMOTTAK VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Institusjonsstatistikk møtet for Medisinsk fødselsregister (MFR) ble i år erstattet med et fagråds- og brukermøte, som ble avholdt 6. juni 2018. I alt 58 deltakere fra nesten alle landets fødeinstitusjoner, MFRs fagråd og Folkehelseinstituttet (FHI) var samlet i Zander Kaaes gate 7 i Bergen, hvor de fleste som jobber med MFR holder til.

Overlege Kristine Stangenes viste trender for 2017, se omtale av disse på s. 1. Seniorrådgiver Olaug M. Askeland viste oppdaterte og korrigererte tall for fødsler i og utenfor institusjon og tall om mors liggetid etter fødsel, se omtale s. 2 og 4. I tillegg til disse innleggene, fikk fagrådet presentert resultater fra sammenstilling av data fra MFR og Reseptregisteret om bruk av legemidler i svangerskapet, og fra sammenstilling av data fra MFR og Norsk pasientregister om alvorlige svangerskaps- og fødselskomplikasjoner, samt foreløpige resultater fra «Nor-Why-Cesarean studien». Se egne artikler på side 3 og 4. Til slutt fikk fagrådet et innlegg fra jordmødrene Eline S. Vik og Gunn T. Haukeland om kvinners og ambulansarbeideres erfaringer med fødsel utenfor sykehus.

FHI ønsker et tettere samarbeid med fødeavdelingene og med leverandøren av fødejournalssystemene Natus og Partus. Vi inviterte derfor superbrukere og andre med ansvar for registreringsarbeid, representanter for CSAM og de som jobber med MFR i FHI til et brukermøte. Hensikten er å få til en enda bedre innrapportering av fødselsopplysninger til MFR og bedre

dialog rundt brukergrensesnittet og behov for tekniske tilpasninger, og nye eller endrede opplysninger i MFR.

Bruker møtet hadde fokus på problemstillinger ved manglende data i MFR og brukernes opplevelse av registreringen av dataene. Jordmor Anne Hedvig Mellbye Pfeffer fra Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og jordmor Elsa Lindtjørn fra Stavanger universitetssykehus orienterte om sine hverdager på fødeavdelingen og hvordan de bruker hhv. Partus og Natus for å sikre god rapportering til MFR.

Etter innspill fra fagrådet og andre har FHI utredet behov og mulighet for nye opplysninger i MFR. Kristine Stangenes gikk gjennom hvilke nye opplysninger som forhåpentlig vil komme i neste versjon av fødselsmeldingen, versjon 1.2. Disse gjelder bl.a. opplysninger om RhD profylakse, kvinnens bruk av snus under svangerskapet, tidspunkt for start av aktiv fødsel, jordmors tilstedeværelse under aktiv fødsel, og detaljer om fødselsrifer.

Rådgiver Mona T. Hornæs gikk gjennom de opplysningene FHI har mest arbeid med å få riktig inn fra fødeinstitusjonene. Det er spesielt opplysninger om «indikasjon for induksjon» og «indikasjon for inngrep» som kan mangle fra institusjonene.

Både deltakerne og arrangørene var svært fornøyde med møtet, som opplevdes nyttig og inspirerende. Det ble samtidig uttrykt et sterkt ønske om at FHI fortsetter å avholde årlige institusjonsstatistikk møter med utdypende presentasjon av resultater på institusjonsnivå. FHI vurderer derfor å avholde både fagråds-, bruker-, og institusjonsstatistikk møte over to dager våren 2019. Datoer kunnngjøres snart. ●

Liggetid i barsel – ny statistikk fra Medisinsk fødselsregister

AV OLAUG M. ASKELAND, SENIORRÅDGIVER, HELSEREGISTRE VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

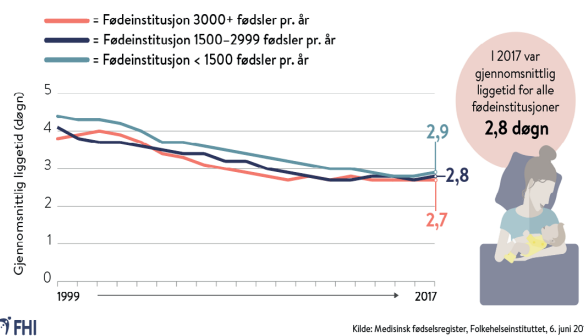
Det siste året har det pågått en debatt om hvor lenge nybakte mødre bør ligge på sykehus før de reiser hjem etter fødsel. Siden 5. mars 2018 har statistikk om mors liggetid etter fødselen vært offentlig tilgjengelig i Medisinsk fødselsregisters (MFRs) statistikkbank, fra 6. juni også med 2017-tall. Se tabell «Is 10: Mors liggetid etter fødselen». Tabellen viser gjennomsnittlig liggetid for mor etter årstall og fødeinstitusjoner.

I fødselsmeldingen fyller fødeinstitusjonene ut opplysninger om blant annet forløsningsstidspunktet (dato og klokkeslett) og utskrivingsdatoen for mor. Disse opplysningene benyttes til å beregne liggetid for mor etter fødselen som en datodifferanse mellom forløsningsdatoen og utskrivingsdatoen. MFR har data om liggetid tilbake til 1999.

I 2017 hadde nybakte mødre en gjennomsnittlig liggetid etter fødsel på 2,8 døgn, og denne tiden har vært ganske stabil de siste fem årene. I tiårsperioden 1999–2008 gikk liggetiden ned med ett døgn, fra 4,1 døgn i 1999 til 3,1 døgn i 2008. I løpet av de siste ti årene har gjennomsnittlig liggetid for mor gått ned fra 3,1 døgn i 2008 til 2,8 døgn i 2017 (Figur 1). Liggetiden har gått jevnt og trutt nedover, og det er nå ikke noen særlig forskjell på liggetid etter størrelsen på fødeinstitusjonene.

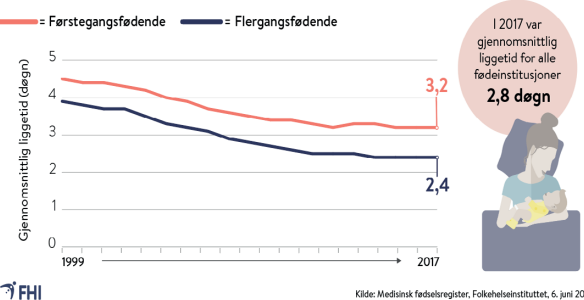
Flergangsfødende har kortere liggetid enn førstegangsfødende, og nedgangen i liggetid er større for flergangsfødende enn for førstegangsfødende. Fra 1999 til 2017 har liggetiden gått ned med 38 % (fra 3,9 til 2,4 døgn) for flergangsfødende, mens den har gått ned med 29 % (fra 4,5 til 3,2 døgn) for førstegangsfødende (Figur 2). ●

Gjennomsnittlig liggetid for mor etter fødselen for fødeinstitusjoner av ulik størrelse



Figur 1. Gjennomsnittlig liggetid for mor etter fødselen vist for fødeinstitusjoner av ulik størrelse, 1999–2017.

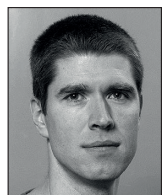
Gjennomsnittlig liggetid for førstegangsfødende og flergangsfødende



Figur 2. Gjennomsnittlig liggetid for mor etter fødsel, vist for førstegangsfødende og flergangsfødende, 1999–2017.

Nor-Why-Cesarean studien – et vellykket samarbeidsprosjekt mellom Medisinsk fødselsregister og fødeinstitusjoner i hele landet

AV JØRG KESSLER, OVERLEGE, PHD, KVINNEKLINIKK VED HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS



(Foto: Privat)

Å beskrive hvorfor man utfører et kirurgisk inngrep kan være både lett og vanskelig. Kreft, blødning eller beinbrudd er ofte opplagte indikasjoner for operasjon. Men hvorfor gjør vi egentlig keisersnitt, som er et av de hyppigste kirurgiske inngrep verden over?

I Norge er planlagte keisersnitt i mindretall, de fleste gjøres mens kvinnen er i fødsel. Noen ganger er det ingen tvil om indikasjonen, for eksempel ved fremfall av navlesnoren eller feilinnstilling med pannepresentasjon. Men fødselen er en kompleks biologisk prosess med interaksjon mellom kvinne, partner og helsepersonell, og det kan være utfordrende å enes om en presis indikasjon for keisersnittet. Tradisjonelt brukes ofte indikasjonene protraisert forløp eller truende asfyksi, men en rekke andre komplikasjoner og risikofaktorer, for eksempel korioamnionitt, misfarget fostervann, mistenkt stort barn eller sliten mor kan fort skape en lite gjennomtrengelig og subjektiv jungel av indikasjoner for keisersnitt.

I «Nasjonalt forbedringsprosjekt obstetikk» i 2014/2015 ønsket vi å minske variasjonen i bruk av keisersnitt i veldefinerte og sammenlignbare grupper av gravide. Skal vi komme til bunns i denne variasjonen, må vi kunne sammenligne data mellom avdelinger og snakke et felles språk. Å beskrive bruk av keisersnitt i fødsel med et felles språk for hele landet er det langsiktige målet til «Nor-Why-Cesarean studien». Studiens kjerne er et klassifiseringsverktøy for keisersnitt i fødsel, som er enkel, universell og gjensidig ekskluderende (Figur 1).

Denne klassifiseringen handler om mer enn bare indikasjonen; den karakteriserer like mye fremgang i fødsel og bruk av oxytocin, som har vært i fokus på mange fødeavdelinger i forbindelse med forbedringsprosjektet.

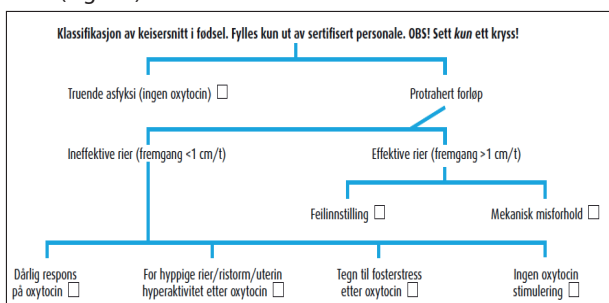
Klassifiseringen ble brukt på 25 fødeavdelinger i hele landet over en periode på seks måneder i 2017. Dette var en stor dugnad med fantastisk oppslutning blant fødeavdelingene, som ikke hadde vært mulig uten finansiell støtte fra legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet og profesjonell hjelp fra Medisinsk fødselsregister (MFR) under datainnsamling og bearbeidelse. Klassifiseringen ble lært til 49 leger og jordmødre på et dagsseminar i januar 2017. Seminaret ble avsluttet med en sertifiseringstest der klassifiseringsverktøyet skulle brukes på 10 kasus forløst med keisersnitt i fødsel. Vi fant at verktøyet kunne læres raskt og brukes med et tilfredsstillende nivå av overensstemmelse mellom deltakerne.

Studien samlet data på til sammen over 19 000 termin fødsler fra februar til august 2017, hvor av noe mer enn 1 500 endte med keisersnitt. Alle disse ble beskrevet med det nye klassifiseringsverktøyet (Tabell 1). Karakteristiske forskjeller ble tydelig i forhold til paritet, fødselsstart, tidligere keisersnitt og fosterleie. Foreløpige data fra studien ble presentert og diskutert på et avsluttende seminar 14. mai 2018 med over 60 deltakere.

Vi håper at dette klassifiseringsverktøyet kan integreres i elektronisk fødejournal og bli en del av den rutinemessige rapporteringen til MFR. ●

Tabell 1.

Group 1, 2a, 3, 4a, 5a,b, 6, 7	n	Proportion
Total	19 062	100 %
Vaginal delivery	17 515	91,8 %
Cesarean delivery:		
Fetal (no oxytocin)	412	2,0 %
Dystocia, EUA, MP	82	0,4 %
Dystocia, EUA, CPD	50	0,2 %
Dystocia, IUA, Poor response	421	2,1 %
Dystocia, IUA, ITT, Overcontracting	40	0,2 %
Dystocia, IUA, ITT, Fetal intolerance	365	1,8 %
Dystocia, IUA, No oxytocin given	177	0,9 %



Figur 1. Klassifiseringsverktøy for keisersnitt i fødsel.

Digitalt innsyn i Medisinsk fødselsregister

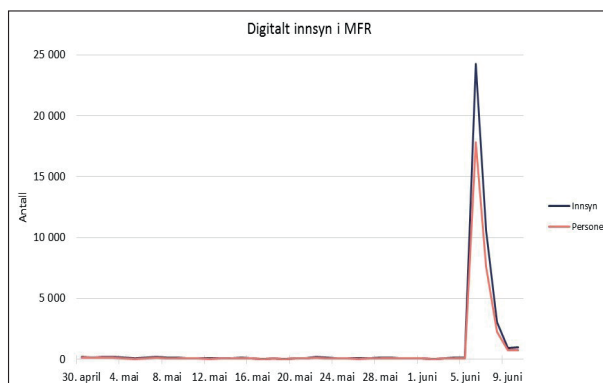
AV INGVEI SELIUSSEN, PROSJEKTLEDER, RÅDGIVNING OG E-HELSE VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Fra og med 30. april 2018 er det lagt til rette for digitalt innsyn for innbyggerne i utvalgte opplysninger fra Medisinsk fødselsregister (MFR). Tjenesten er tilgjengelig under fanen «helseregistre» ved innlogging på «min helse» på helsenorge.no. Ved oppslag kan du se fødselsdato, klokkeslett, vekt, lengde og hodeomkrets ved fødsel for deg selv så sant du er født i Norge i 1967 eller senere. Du får også innsyn i disse opplysningene for dine barn under 16 år.

Figur 1 viser bruk av tjenesten fra den ble lansert 30. april og frem til 11. juni 2018. I figuren viser «Personer» antall unike personer som har brukt innsynstjenesten, mens «Innsyn» viser hvor mange innsyn som er gjort. En person kan gjøre innsyn for en eller flere personer, f.eks. egne barn. De første fire ukene har i gjennomsnitt i underkant av 80 personer brukt tjenesten hver dag. Da MFR publiserte statistikken for 2017-årgangen 6. juni 2018 ble det publisert en egen nyhetssak om det digitale innsynet på fhi.no og nrk.no. Innsynsaktiviteten

gikk da betydelig opp noen dager, og avtok deretter til et nivå på rundt 700 personer hver dag de neste dagene.

På sikt skal det vurderes om flere opplysninger skal gjøres tilgjengelig i tjenesten. Tjenesten er utviklet i et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse. ●



Figur 1. Innsynsaktivitet i MFR fra 30. april til 11. juni 2018.

Fødsler utenfor institusjon

AV OLAUG M. ASKELAND, SENIORRÅDGIVER, HELSEREGISTRE VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

I 2017 ble det født 57 462 barn fordelt på 56 543 fødsler. Av disse foregikk 56 082 fødsler (99,2 %) i fødeinstitusjon, mens 461 fødsler (0,8 %) foregikk utenfor fødeinstitusjon. Fødslene utenfor institusjon fordelte seg slik: «Hjemme, planlagt» (125), «Hjemme, ikke planlagt» (150), «Under transport» (169) og «Annet og ukjent sted» (17). Gruppen «Annet og ukjent sted» inkluderer f.eks. fødselsmelding markert med fødsel ved helsesenter, legekontor eller på ukjent sted.

Planlagte hjemmefødsler er per definisjon planlagt og avtalt med jordmor på forhånd, og ekskluderes når man vil se på ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon. Til sammen utgjorde ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon 0,6 % av alle fødsler i 2017. Den totale forekomsten av ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon har vært stabil siden 1999, da man begynte å registrere disse tilfellene, mellom 0,6 og 0,7 % av alle fødsler (Figur 1).

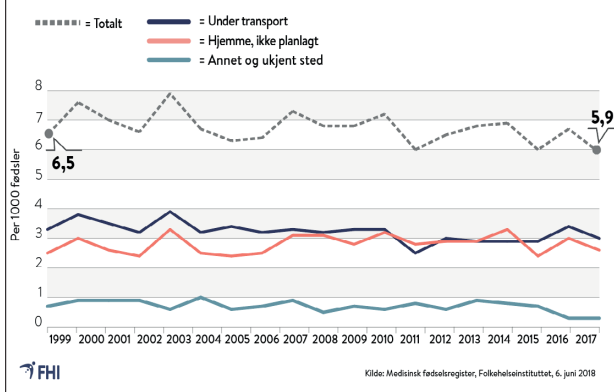
Kjennetegnet for ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon er at tilgjengelig kyndig personell, nødvendig utstyr til overvåkning og eventuelt for tiltak under fødselen mangler i ulik grad. Det er derfor et mål at færrest mulig fødsler foregår ikke-planlagt utenfor institusjon.

Tidligere publiserte tall fra MFR viste en nedgang i fødsler «Under transport» over flere år, samtidig med en tilsvarende økning av fødsler i kategorien «Annet og ukjent sted». Gjennom et ekstra kvalitetssikringsarbeid gjennomført våren 2017 viste det seg at en stor andel av fødsler rapportert som «Annet og ukjent sted» viste

seg å ha foregått under transport. Årsaken til feilrapporteringen var en systemfeil i Partus, som brukes til å melde fødsler til MFR fra Helse Sør-Øst og Helse Nord. De feilrapporterte dataene er nå korrigert i MFR, og den tidligere publiserte nedgangen i transportfødsler og samtidige økningen i fødsler i kategorien «Annet og ukjent sted» er ikke lenger tilstede. Forekomsten av transportfødsler har derved siden 1999 lagt på rundt 0,3 % av alle fødsler (Figur 1).

MFR vil fortsette å kvalitetssikre opplysninger om alle fødsler som er rapportert å foregå utenfor institusjon, og motta kvalitetssikret dataimport inntil alle fødeinstitusjoner har implementert ny versjon av Partus, hvor systemfeilen er fjernet. ●

Fødsler utenfor institusjon, ikke planlagte



Figur 1. Ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon, totalt og fordelt på ulike kategorier, 1999–2017.

Rapport om registrering av alvorlige maternelle komplikasjoner er publisert

AV HILDE ENGJOM, LEGE, PHD, KVINNEKLINIKKEN VED HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS



(Foto: UiB)

Vi viser til artikkelen om registrering av alvorlige maternelle komplikasjoner i Medisinsk fødselsregister (MFR) og Norsk pasientregister (NPR) i Fødselsnytt nr. 2, 2017. Rapporten fra dette valideringsarbeidet er nå publisert på nettstedet til prosjektet «Helseregistre for forskning», se <https://hr.w.uib.no/hr-reports/>.

Vi vil takke fødeinstitusjonene som har gjort et stort arbeid med å verifisere tilfeller ved gjennomgang av opplysninger i pasientjournaler.

Med noen unntak har verken MFR eller NPR i dag

data om alvorlige maternelle svangerskaps- og fødselskomplikasjoner som er av så god kvalitet at de kan brukes som grunnlag for statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedring av fødselsomsorgen eller til forskning.

Valideringsarbeidet er vanskelig og ressurskrevende å gjennomføre i ettertid og i enkeltprosjekter. Samtidig er både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet pliktig til å sørge for at opplysninger som samles inn og behandles i registrene er korrekte. Vi anbefaler derfor at MFR rutinemessig innhenter data fra NPR, og at data om et prioritert utvalg komplikasjoner der opplysninger i registrene ikke samsvarer fortløpende verifiseres gjennom direkte kontakt med fødeinstitusjonene. Et forslag til et slikt prioritert utvalg er listet i rapportens tabell 5.1.1. ●

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.
- Fyll ut fødselstermin, terminmetode (eks. eSnurra, terminhjulet, innsetting befruktet egg) og tidspunkt for undersøkelse av fødselstermin (ved ultralyd).
- Oppgi om kvinnen har hatt assistert befruktning (ART).
- Registrer mors høyde og vekt før og ved slutten av svangerskapet.
- Registrer mors røykevaner før og under svangerskapet (med mindre kvinnen motsetter seg at opplysningene registreres).
- Registrer induksjonsmetode, indikasjon for induksjon og/eller indikasjon for inngrep under fødselen. Kryss av, eller spesifiser med fritekst.
- Registrer presentasjon/leie til barnet.
- Registrer hvilken type analgesi/anestesi som er brukt ved keisersnitt.
- Registrer barnets vekt, lengde, hodeomkrets og apgar.

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/>