

## Fødselsstatistikken 2019

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

Fødselsstatistikken fra Medisinsk fødselsregister (MFR) for 2019 ble publisert 4. juni 2020 i MFRs statistikkbank (1). Ikke alt som rapporteres inngår i publiseringen nå. Noe data om mors helse før og under svangerskapet samt data fra nyfødt-avdelingene om barna skal publiseres senere i år. På grunn av koronasituasjonen måtte det planlagte institusjonsstatistikk-møtet som skulle avholdes samme dag avlyses. Som et alternativ ble deltakerne invitert til å delta i en Teams-presentasjon der institusjonsstatistikken og nyhets-sakene knyttet til publiseringen ble presentert. Også fagråds- og brukermøtet som skulle avholdes dagen før måtte utgå av samme grunn.

### Stadig flere induksjoner av fødsler – mer enn hver 4. fødsel settes i gang i 2019

I 2019 var 26,1 % av alle fødsler indusert. Det har vært en jevn økning gjennom tiåret. I 2010 ble 17,8 % av alle fødsler indusert. Fra 2018 gjør indeksen et byks fra 23,8 %. Induksjon brukes når fordelene for mor og/eller foster er større ved å sette i gang fødselen enn å vente på spontan start. I Norge har det vært forskjeller i induksjonsrate mellom regioner, fylker og sykehus. Helse Nord har over år hatt færre induksjoner enn de andre helseregionene. Fylkesvis kan en finne litt større forskjeller. Sjansen for å bli indusert var størst i Møre og Romsdal med 28,0 % og minst i Troms og Finnmark med 21,8 %.

Typiske grunner til induksjon av fødsel er overtid lenger enn 41 eller 42 uker, vannavgang uten rier, hypertensive sykdommer, andre sykdommer hos mor, intrauterin fosterdød, føtal vekstretardasjon, tvillingsvangerskap og oligohydramnion (for lite fostervann). I tillegg har induksjoner på bakgrunn av tidligere traumatiske fødselsopplevelser blitt mer vanlig. I vårt langstrakte land kan induksjon på grunn av tidligere rask fødsel og lang avstand mellom sykehus og hjem være et alternativ. Igangsettelse på eget ønske er også mer vanlig.

Tabell 1. Indikasjon for induksjon

Indikasjon for induksjon	Prosentandel av induserte fødsler
Overtid	19,2
Langvarig vannavgang	14,9
Annen fosterindikasjon	9,2
Svangerskapsforgiftning/høyt blodtrykk	8,5
Mors helsetilstand/allmenntilstand	8,0
Diabetes/svangerskapsdiabetes	7,0
For lite eller for mye fostervann	6,6
Veksthemmet foster	4,6
Eget ønske	3,5
Stort barn	2,8
Flerligner	1,8
Psykisk indikasjon/fødselsangst	1,6
Intrauterin fosterdød	0,7
Annet	16,0

### Er det problematisk med økende antall induksjoner?

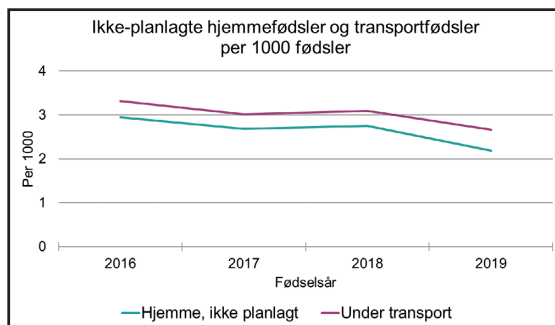
Induksjon er forbundet med høyere andel av keisersnitt. En indusert fødsel krever også overvåkning, fordi risikoen for oksygenmangel under fødsel er noe økt hvis en ikke overvåker fødselen. Amniotomi er forbundet med noe økt risiko for infeksjon. Dersom kvinnen har et tidligere keisersnitt er det en lett økt risiko for uterusruptur ved induksjon. En indusert fødsel vil også kunne gi noe økt risiko for blødning.

### Hvorfor øker induksjoner i Norge?

I absolutte tall stiger antallet som blir indusert for svangerskapsforgiftning og hypertensjon. Etter flere studier og en rapport fra gruppen som ser på materielle dødsfall i Norge har en vært mye raskere med å indukere kvinner som har svangerskapsforgiftning og har kommet til 37 uker. Vi vet også at den svenske SWEPIs-studien om induksjon ved 41 uker eller ekspektans kan ha påvirket antallet induksjoner for overtid (2). Flere kvinner induseres for diabetes. Etter nye retningslinjer vil flere kvinner bli diagnostisert med svangerskapsdiabetes. I tillegg er forekomsten stigende på grunn av økende overvekt og mer stillesittende liv. Det er også sannsynligvis slik at kvinnens eget ønske i mye større grad vektlegges enn tidligere. Selv om det kanskje ikke kommer frem i statistikken, vil hennes ønske for eksempel kunne føre til at hun blir indusert allerede ved første terminkontroll i uke 41, mot at hun tidligere i større grad ville blitt bedt om å avvente ytterligere. Flere induksjoner ser ikke ut til å gi flere keisersnitt. Det totale antallet keisersnitt har holdt seg stabilt.

### Færre barn fødes ikke-planlagt utenfor institusjon

De siste årene har det vært fokus på ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon. Det er påvist en sammenheng mellom reisevei til fødeinstitusjon og risiko for fødsel utenfor institusjon og at barna som fødes ved ikke-planlagt fødsel utenfor institusjon har en høyere risiko for alvorlig utfall (3). MFRs tall for 2019 viser at andelen ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon ikke har vært lavere på 20 år. Det ble totalt født 294 barn ikke-planlagt utenfor institusjon og dette utgjør en andel på 5,3 av 1000 fødte eller 0,5 % (1). Tallene viser at 147 barn ble født under transport, 121 barn ble født hjemme ikke-planlagt og 26 barn ble født ikke-planlagt annet sted (nedlagt institusjon, legesenter m.m.). Vi ser en nedgang både i ikke-planlagte hjemmefødsler og fødsler under transport de fire siste årene (Figur 1).



Figur 1. Ikke-planlagte hjemmefødsler og transportfødsler per 1000 fødsler

Imidlertid har ikke alle fylkene nedgang og forekomsten av ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon varierer også en del mellom fylkene. Innlandet, Nordland og Troms og Finnmark er de fylkene med høyest andel av slike fødsler og tallene for de 4 siste årene viser ikke samme nedgang for disse fylkene som for resten av landet. ●

### Referanser:

- Oppdatert statistikk fra Medisinsk fødselsregister. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Wennerholm U-B, Saltvedt S, Wessberg A, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEPIs Post-term Induction Study, SWEPIs): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ* 2019;367:l6131.
- Engjom HM, Morken NH, HøydaHL 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.e1-210.e12.

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

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

Redaksjonen avsluttet juni 2020

Design:  
Per Kristian Svendsen

Layout:  
Wittusen & Jensen

Opplag:  
1800 distribuert til fødeinstitusjoner  
og barneklinner

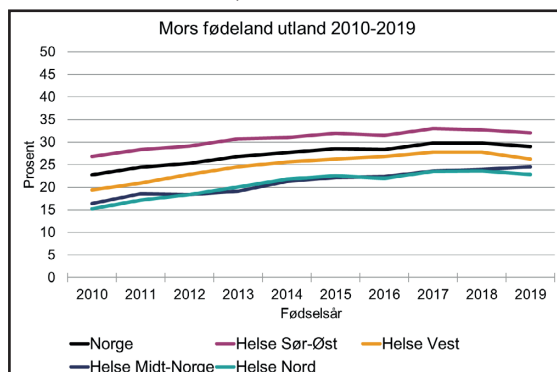
Trykk: Wittusen & Jensen

ISSN 0802-0604

# Tre av ti fødekviner er født i utlandet - med variasjoner i keisersnittfrekvens

AV FERENC MACSALI, OVERLEGE, PHD, AVDELING FOR HELSEREGISTERFORSKNING OG -UTVIKLING VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Andelen kvinner som føder i Norge, men som selv ikke er født i Norge er høy, men stabil. I 2019 utgjorde denne andelen 29 %. Helse Sør-Øst har den største andelen med 32 % og Helse Nord lavest andel med 22,8 %.



Figur 1. Andel fødekviner født i utlandet fordelt på helseregion 2010-2019

Andelen mødre født i utlandet varierer også sykehus i mellom. Den høyeste andelen i 2019 hadde Akershus Universitetssykehus og Drammen, med henholdsvis 40,3 og 38,5 %. Av større sykehus med over 1000 fødsler er det færrest mødre født i utlandet ved Lillehammer (19,6 %) og Haugesund sykehus (21,6 %). De minste fødestedene som Alta og Tynset har den laveste andelen med 7,6 og 13,7 %.

Keisersnittfrekvensen varierer sterkt mellom de forskjellige fødeland. Dette er det trolig mange grunner til. Man kan spekulere på om kvinnene tar med sin kultur for keisersnitt fra hjemlandet. I Latin-Amerika er keisersnittfrekvensen i de fleste land over 40 % og i Brasil var raten så høy som 55,5 % i 2015. Enkelte private sykehus i Rio de Janeiro og São Paulo har sluttet å tilby vaginal fødsel.

Ser vi på perioden 2000 til 2019 og kvinner fra land med minst 1000 fødsler i Norge, finner vi følgende:

Nederst på keisersnittstatistikken med prosenttrater på 13-tallet ligger Frankrike, Litauen, Nederland, Serbia og Montenegro, Tyskland og Marokko. I motsatt ende finner vi Brasil med 28,3 %, Colombia med 25,6 %, Filippinene med 25,3 %, Etiopia med 24,7 % og Iran med 24,6 %.

I de respektive hjemlandene er det svært forskjellige rater på keisersnitt. Frankrike, Litauen, Marokko og Nederland er land med relativt lav keisersnittfrekvens. Av dem som i Norge har høy rate er det Etiopia som har lav rate i hjemlandet. Det kan ligge mange forhold bak disse forskjellene. En artikkel fra Siri Vangen og medarbeidere problematiserer dårligere mødre helse, forskjeller i KMI og svangerskapsdiabetes, fødekultur fra hjemlandet, tilpasning eller manglende tilpasning til Norge, omskjæring, samt språk og kulturelle barrierer (1). Vi tror at noe av denne forskjellen forklares av keisersnittraten i hjemlandet. ●

#### Referanse:

1. Merry, L., et al. (2016). "Caesarean births among migrant women in high-income countries." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 32: 88-99.

# Komplikasjoner i svangerskap gått til termin gir økt risiko for å føde for tidlig neste gang

AV LIV GRIMSTVEDT KVALVIK, LEGE, FØRSTEAMAUENSIS, INSTITUTT FOR GLOBAL HELSE OG SAMFUNNSMEDISIN, UNIVERSITETET I BERGEN

Artikkelen «Term complications and subsequent risk of preterm birth: a registry-based study» ble nylig publisert i *British Medical Journal (BMJ)* (1). For tidlig fødsel i et svangerskap er en kjent viktig risikofaktor for fødsel før tiden også ved neste svangerskap.

I vårt arbeid har vi sett på sammenhengen mellom komplikasjoner i første svangerskap som har gått til termin, og risikoen for prematur fødsel i neste svangerskap. Vi brukte data fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå, og studerte kvinner som fødte sitt andre barn i perioden fra 1999 til 2015. Vi fant at kvinner som hadde komplikasjoner i sitt første svangerskap, hadde økt risiko for å føde for tidlig i neste svangerskap selv om det første svangerskapet gikk til termin.

Komplikasjonene vi studerte var svangerskapsforgiftning, morkakeløsning, dødfødsel, neonatal død, og om barnet var lite i forhold til svangerskapets lengde. Alle komplikasjonene viste en økt risiko for å føde for tidlig i neste svangerskap. Kvinner som fødte til termin etter et første svangerskap uten de nevnte fem komplikasjonene hadde en risiko på 3 % for prematur fødsel i neste svangerskap.

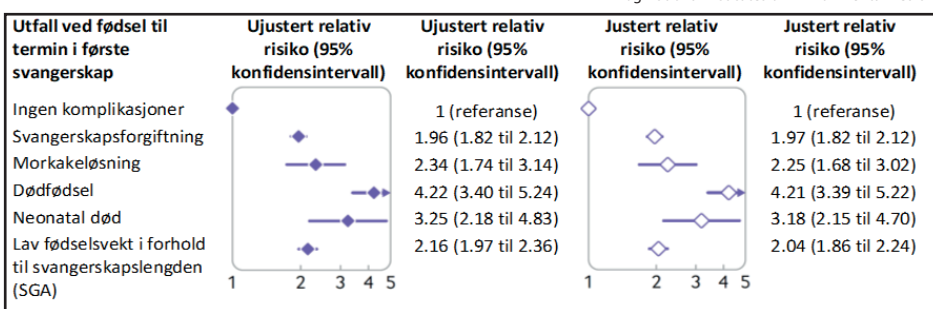
Risikoen for prematur fødsel i andre svangerskap for kvinner som fødte til termin i et første svangerskap med preeklampsi var 6 %, den var 7 % etter morkakeløsning, 13 % etter dødfødsel, 10 % når barnet døde i neonatal-perioden og nesten 7 % når barnet var lite i forhold til svangerskapslengden.

Sammenlignet med kvinner som fødte til termin og som ikke hadde noen av disse 5 komplikasjonene, hadde kvinner som hadde én av komplikasjonene, dobbel risiko for å føde for tidlig i neste svangerskap. Kvinner som hadde to eller flere av disse komplikasjonene, hadde tre og en halv ganger økt risiko for å føde for tidlig i neste svangerskap. Assosiasjonene var fortsatt tilstede når kvinner med samme komplikasjoner i første og andre svangerskap ble ekskludert. Den relative risikoen for å føde for tidlig i andre svangerskap ble sett i hele pretermperioden. Høyest relativ risiko for preterm fødsel i andre svangerskap ble funnet i svangerskapsukene 28-30.

Funnene identifiserer en gruppe kvinner som kan ha økt risiko for å føde for tidlig, selv om første fødsel var til termin. Dette kan tyde på at det er en felles mekanisme bak komplikasjoner i svangerskap gått til termin og for preterm fødsel. ●

#### Referanse:

1. Kvalvik LG, Wilcox AJ, Skjærven R, Østbye T, Harmon QT. Term complications and subsequent risk of preterm birth: registry based study. *BMJ* 2020;369:m1007 <https://doi.org/10.1136/bmj.m1007>  
Forfatterne av artikkelen er forskere fra Universitetet i Bergen, Senter for fruktbarhet og helse ved Folkehelseinstituttet, Duke University School of Medicine og National Institutes of Environmental Health Sciences (NIEHS).



Figur 1. Relative risikoer ved for tidlig fødsel i andre svangerskap etter komplikasjoner ved fødsel til termin i første svangerskap, Norge 1999-2015.

Referansen er fødsel til termin i første svangerskap uten noen av de 5 komplikasjonene. Analysene er justert for mors alder, det første barnets fødselsår og mors utdannelse.

# For tidlig vannavgang og cerebral parese blant barn født til termin

AV MAREN MYNAREK, FORSKERLINJESTUDENT OG TORSTEIN VIK, PROFESSOR EMERITUS, INSTITUTT FOR KLINISK OG MOLEKYLÆR MEDISIN, NTNU, TRONDHEIM

For tidlig vannavgang er definert som vannavgang før fødselen har startet (PROM; fra engelsk: prelabor rupture of membranes). PROM øker risikoen for oppadstigende infeksjon både ved prematur (pPROM) og termin fødsel. Internasjonale retningslinjer for klinisk håndtering av PROM til termin varierer betydelig, fra umiddelbar induksjon til avventende opptil 24 timer. Perinatale infeksjoner er assosiert med høy risiko for perinatal død. Hos de som overlever er det økt risiko for cerebral parese (CP). Vi ville undersøke om økende tid fra PROM til barnet var født, påvirket risikoen for CP og for perinatal død blant terminbarn.

## Metode

Vi benyttet data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) og fra Cerebral pareseregisteret i Norge. Alle enkeltfødte barn uten medfødte utviklingsavvik født til termin i perioden 1999-2009 ble inkludert. Varigheten fra PROM til barnet var født, ble inndelt i «langvarig» (> 24 timer) og «intermediær» (12-24 timer) PROM. I tråd med MFRs koding, utgjorde fødsler uten PROM eller PROM under 12 timer referansegruppen.

## Resultat og diskusjon

Blant 559 972 fødsler, var 34 759 barn (6,2 %) født etter intermediær og 30 332 barn (5,4 %) etter langvarig PROM. Andelen dødfødte barn minket med økende varighet (Tabell 1). Dette skyldes nok at man inducerer fødselen hos mødre når et dødt foster er oppdaget. Det var ingen sammenheng mellom varigheten av PROM og død under fødselen eller i nyfødtperioden. I Norge anbefales det å vente inntil 24 timer under

nøyte observasjon av mor og foster før man inducerer, for å se om fødselen kommer i gang spontant. Resultatene tyder på at denne praksisen er fullt forsvarlig når det gjelder dødelighet. Imidlertid fant vi at andelen barn som fikk CP (Tabell 1), økte med økende varighet, og at Odds-ratio for CP var 1,61 (95 % KI: 1,19-2,18) ved langvarig PROM sammenlignet med referansegruppen. Et uventet funn var at cerebral MR-undersøkelse viste at diffus kortikal skade (skade på hjernebarken) og basalganglieskade (nervekjerner sentralt i hjernen som også styrer bevegelser) blant barna med CP økte med økende varighet av PROM.

Dette er typiske funn ved hypoksisk-ischemisk hjerneskade (skyldes for lite oksygen og begrenset blodforsyning), og kan tyde på at barn som fødes etter langvarig vannavgang er mer sårbare for mindre episoder av oksygenmangel under fødselen, enn barn som ikke fødes etter PROM.

## Konklusjon

Vi fant at PROM som varte mer enn 24 timer før barnet var født, ikke innebar økt risiko for perinatal død, mens relativ risiko for CP økte med 60 % sammenlignet med referansegruppen. Den absolutte risikoen for CP (prevalensen) var svært lav og siden induksjon også kan være assosiert med økt risiko for CP, er det usikkert om induksjon før 24 timer ville redusert risikoen for CP. Hele studien kan leses her (1). ●

## Referanse:

1. Mynarek M, Bjellmo S, Lydersen S, Strand KM, Afset JE, Andersen GL, Vik T. Prelabor rupture of membranes and the association with cerebral palsy in term born children: a national registry-based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):67. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2751-3>

Tabell 1. Prevalens (per 1000) med 95% konfidensintervall (KI) for hovedutfallsmål i forhold til varighet fra PROM til barnet er født.

	Referansegruppe		12 - 24 timer		> 24 timer		p-verdi*
	Prevalens	KI	Prevalens	KI	Prevalens	KI	
Dødfødte	1,75	1,64–1,87	1,12	0,82–1,53	0,89	0,61–1,29	<0,001
Død under fødsel	0,13	0,10–0,16	0,23	0,12–0,45	0,16	0,07–0,39	0,247
NNM	0,45	0,39–0,51	0,72	0,49–1,06	0,49	0,30–0,82	0,186
Cerebral parese	0,94	0,86–1,03	1,09	0,80–1,50	1,52	1,14–2,02	0,002

PROM: Vannavgang før fødselen har startet. NNM: død i nyfødtperioden. \*Cochran-Armitage test for trend

# Innvandrerkvinnens behov i fødselsomsorgen er ulike og sammensatte

AV ELINE SKIRNISDOTTIR VIK, JORDMOR OG STIPENDIAT, INSTITUTT FOR HELSE- OG OMSORGSVITSKAP, HØGSKULEN PÅ VESTLANDET

Nær 15 % av befolkningen i Norge har innvandrerbakgrunn, og 29 % av kvinner som føder har bakgrunn fra et annet land enn Norge (1). Tidligere studier har vist at kvinner med innvandrerbakgrunn er sårbare i forbindelse med svangerskap og fødsel. Risikoen for uheldige svangerskapsutfall, som prematuritet og dødfødsel er også større blant innvandrerkvinner sammenlignet med kvinner uten innvandrerbakgrunn (2,3). Samtidig er det viktig å huske at innvandrerkvinnens behov i fødselsomsorgen er ulike og sammensatte, og vi ser at variasjoner i helse og utfall, blant annet kan bero på hvilket land kvinnen kommer fra, faktorer relatert til barnefar, årsak til innvandring, hvor lenge kvinnen har vært i Norge, og om hun var flegangsfødende eller førstegangsfødende da hun kom (4).

I mitt doktorgradsarbeid er vi en gruppe forskere fra Norge, Sverige og Australia som studerer fødselsutfall blant kvinner med innvandrerbakgrunn som har født i Norge. Vi har tilgang til informasjon om fødsler i Norge mellom 1990 og 2016 (N=1 620 532), og data er hentet fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå. Materialet er anonymisert, og studiene er godkjent av Regional Etisk Komité. Veiledere: Erica Schytt, Vigdis Aasheim, Roy M. Nilsen, Rhonda Small og Dag Moster.

Vårt mål har vært å identifisere kvinner med økt behov for oppfølging, og fra studiene som er inkludert i min egen avhandling kan vi presentere følgende hovedfunn (5):

Vi fant en økt risiko for dødfødsel blant førstegangsfødende fra Sri-Lanka og Pakistan, flegangsfødende fra Pakistan, Somalia, Filippinene og tidligere Jugoslavia, flegangsfødende som fikk sitt første barn før de kom til Norge, og fødsler der barnefar ikke var registret, eller der barnefar var registrert som ukjent. Videre fant vi lavere risiko for dødfødsel knyttet til førstegangsfødende kvinner som kom for arbeid eller utdanning sammenlignet med nordiske kvinner som migrerer fritt over landegrensene, og fødsler der barnefar var registrert som norskfødt. Vi fant ingen sammenheng mellom tid i landet og risikoen for dødfødsel, men det betyr ikke at tid i landet ikke har betydning for enkeltkvinner. Studiene viser at innvandrerkvinner har ulike behov, og derfor er det viktig at klinikere tar seg tid til å samle en grundig obstetrisk sykehistorie (anamnese) for å kartlegge behovene til hver enkelt kvinne. Vi studerte også andre fødselsutfall med tilsvarende funn, knyttet til paritet ved migrasjon og bakgrunnsvariabler knyttet til barnefar, deriblant risikoen for prematuritet, lav Apgar-score og neonatal død. ●

## Referanser:

1. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. 2020; Available from: <https://www.ssb.no/statbank>
2. Bollini, P, et al. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. Social science & medicine 2009;68(3):452-461. (3): p. 452-461.
3. Gissler, M, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 2009;88(2):134-48.
4. Gagnon, A.J., M. Zimbeck, and J. Zeitlin. Migration and perinatal health surveillance: an international Delphi survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2010;149(1):37-43.
5. Vik, E.S., et al. Stillbirth in relation to maternal country of birth and other migration related factors: a population-based study in Norway. BMC Pregnancy and Childbirth, 2019;19(1):5. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2140-3>

# Infeksjon med SARS-CoV-2 under svangerskapet - utvida registrering til Medisinsk fødselsregister

AV HILDE ENGMOM, OVERLEGE, PHD, AVDELING FOR HELSEREGISTERFORSKNING OG -UTVIKLING VED FOLKEHELSEINSTITUTTET

Det finst lite informasjon om korleis infeksjon med SARS-CoV-2-viruset kan påverke utcome for gravide og fosteret. Gjennom Medisinsk fødselsregister (MFR) har Folkehelseinstituttet (FHI) difor sett i verk utvida datainnsamling om gravide med SARS-CoV-2-infeksjon (covid-19) som vert innlagt på sjukehus.

Overvakinga kjem i tillegg til vanleg rapportering frå fødeinstitusjonane i fødselsmeldinga til MFR. Dette legg til rette for rask overvaking av covid-19 ved sjukehusinnlegging, også hos kvinner som ikkje treng forløyning. Opplysningar om behovet for støttande behandling og utcome for kvinna og barnet kan mellom anna vera nyttig for å gi best mogleg behandling.

Ved utbrotet av H1N1-influenza (svineinfluensa) for ti år sidan vart det klart at gravide kvinner var særleg sårbare, med auke av alvorleg maternell og perinatal sjukdom og dødelegheit. Norske registerdata frå utbrotet gav eit godt kunnskapsgrunnlag for å tilrå gravide vaksinasjon mot influensa, ettersom vaksinasjon medførte ein betydeleg reduksjon av risiko for intrauterin fosterdød.

Ettersom SARS-CoV-2 er eit nytt virus, har vi lite kunnskap om korleis infeksjon kan påverke kvinna og fosteret. Difor er det også viktig å raskt kunne gi best mogleg informasjon til den gravide kvinna, hennar nettverk og samfunnet om covid-19-infeksjon i svangerskapet.

Det er Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling ved FHI som står ansvarleg for den utvida datainnsamlinga i Norge. Datainnsamling ved FHI er regulert av forskriftene for dei ulike registera. I tillegg har personvernombodet ved FHI vurdert korleis interessene til dei registrerte vert ivaretekne. Utforming av den utvida datainnsamlinga bygger på eit større internasjonalt samarbeid i regi av International Network of Obstetric Surveillance Systems (INOSS). Same type informasjon vert samla inn i fleire nordiske og europeiske land, og kan dermed gi betre talgrunnlag for å vurdere sjeldsynte og alvorlege tilstander, kva behandling som er nyttig, og om ulike folkehelseiltak påverkar utcome for kvinna og barnet.

Den første rapporten i dette samarbeidet vart offentleggjort frå den britiske gruppa den 12. mai 2020 (1). Blant 427 gravide som var innlagt med stadfesta covid-19, hadde 40 (9 %) behov for respirasjonsstøtte. Dei fleste av dei innlagte kvinnene var i siste trimester av svangerskapet. Kvinner med minoritetsbakgrunn hadde større risiko for å trenge sjukehusinnlegging, og betydinga av særskild merksemd knytt til minoritetskvinner vert framheva i rapporten. ●

#### Referanse:

1. Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C, O'Brien P, Quigley M, Brocklehurst P, Kurinczuk JJ; UK Obstetric Surveillance System SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy Collaborative Group. Characteristics and Outcomes of Pregnant Women Admitted to Hospital With Confirmed SARS-CoV-2 Infection in UK: National Population Based Cohort Study. *BMJ* 2020;369:m2107. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2107>

## Fødeavdelingen Stavanger Universitetssykehus vant Kompletthetsprisen 2020

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

For at MFR skal kunne levere statistikk og data av høy kvalitet er vi avhengig av god innmelding. For å sette fokus på dette delte vi i fjor ut for første gang kompletthetsprisen til den fødeavdelingen i landet som gav oss mest komplette data. Komplettheten blir målt ved innmelding av 10 utvalgte felter i fødselsmeldingen som vi ønsker opplysninger om ved enhver fødsel. De 10 utvalgte feltene for innmelding i 2019-årgangen er følgende:

- Opplysninger om vekt og høyde før svangerskapet
- Opplysninger om terminmetode
- Opplysninger om type fødselstart
- Utskrivingsdato mor
- Utskrivingsdato barn
- Opplysninger om fosterovervåkning
- Opplysninger om anestesi/analgesi
- Opplysninger om komplikasjoner under fødsel
- Opplysninger om komplikasjoner etter fødsel
- Opplysninger om placenta

I år er det fødeavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus som går av med seieren. Vi er svært fornøyd med det dere klarer å levere til oss. Nedenfor ser dere en tabell over 10 på topp mht. kompletthet. Kompletthet er målt som gjennomsnittlig innmeldingsgrad for de 10 definerte feltene. ●

Tabell 1: 10 på topp kompletthet

Fødeavdeling	Kompletthet %
1 Stavanger	99,85
2 Akershus	99,82
3 Haukeland, Føden	99,81
4 Haukeland, Storken	99,44
5 Arendal	99,36
6 Haugesund	99,27
7 Ålesund	99,20
8 Voss	99,15
9 Flekkefjord	99,13
10 Lofoten	98,93

### 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. Når papirmelding til MFR sendes for spontanaborter, må den også inneholde utfyllende opplysninger om mor, far, svangerskapet og fødselen.
- Registrer prenatal diagnostikk omfattet av [bioteknologiloven](#) (f.eks. skal ikke rutineultralød, vekstestimering meldes her).
- 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](mailto:mfr@fhi.no).