Hvis du ikke kan lese denne e-posten, klikk her

Fødselsnytt

Nr. 2 / 2021

Foto: Colourbox

Baby-boom startet ni måneder etter korona-nedstengningen

Av **Ferenc Macsali**, overlege, ph.d., **Kristine Stangenes**, overlege, ph.d., **Olaug M. Askeland**, seniorrådgiver / statistiker, Folkehelseinstituttet

Foto: Privat

De ni første månedene i 2021 ble det født 2037 flere barn i Norge enn samme periode i året før: første topp ni måneder etter nedstengningen våren 2020, den andre etter en sommer med reiserestriksjoner.

I august meldte Statistisk sentralbyrå (SSB) at det mellom april og juni i år ble født 575 flere barn enn på samme tid i fjor. Nå viser Medisinsk fødselsregisters foreløpige tall fra de første ni månedene i år at det har vært 2037 flere fødsler enn tilsvarende periode året før.

– Dette er interessant, ikke minst sett i lys av nedgangen i antall fødsler årlig, fra 63.000 til 53.000 fødsler i løpet av tolv år. Det er overraskende at trenden snur omtrent ni måneder etter nedstengningen av Norge våren 2020. Om denne tendensen bare er midlertidig eller vil fortsette, får vi vite mer om i løpet av et par år, sier overlege Ferenc Macsali ved Medisinsk fødselsregister i Folkehelseinstituttet.

Tallenes tale
Sammenlignbare tall over for antall fødsler for perioden januar–september i 2020 og 2021.

Januar–september 2021	43 661
Januar–september 2020	41 624
Endring	+2037 (+4,9 %)

> Kvinner i Norge føder stadig færre barn, men de ni første månedene i 2021 ble det totalt født 2037 flere barn (+4,9 prosent) enn i den samme perioden i 2020.

> Gjennomsnittlig antall barn som fødes per 1000 kvinner i fruktbar alder (fertilitetsraten) i 2020 var den laveste i fødselsregisterets historie.

> De høyere fødselstallene i 2021 må ses i lys av dette. Fertilitetsraten har vært nedadgående siden 2009.

Vendepunkt ni måneder etter nedstengningen
Januar 2021 var første måneden på flere år at fødselstallene økte. Denne måneden ble det født 215 flere barn enn i januar 2020, også det en økning på 4,9 prosent. Barn som ble født i januar 2021 ble unnfanget i april 2020, bare noen uker etter nedstengningen av Norge den 12. mars.

Deretter fortsatte trenden med flere fødsler, og den største økningen ser vi i mars 2021. Denne måneden ble det født 376 flere barn enn i mars 2020, en økning på 8,3 prosent. De barna som ble født denne måneden ble unnfanget sommeren 2020, altså den første sommeren med koronatiltak og reiserestriksjoner.

– Hva kan være årsaken til at trenden med stadig færre fødsler snudde ni måneder etter nedstengingen i mars 2020?

– Vi har ingen vitenskapelig dokumentasjon på dette, så det vil bare være spekulasjoner. Det vanlige er at man utsetter å få barn i krisetider, så dette avviker fra mønsteret, svarer Ferenc Macsali.

Han viser til tidligere rapporter fra USA og Europa som har vist at opplevd økonomisk usikkerhet, påvirker fødselstall i negativ retning.

– Dette ser ikke til å ha påvirket de norske tallene. Foreløpige tall for resten av verden viser imidlertid at også Danmark, Nederland, Ungarn og

Kroatia har økte fødselstall fra vinteren og våren 2021, men for de fleste andre europeiske land er det ingen endring eller nedgang, sier han.

Størst økning i nord

De nye tallene fra Medisinsk fødselsregister viser at fødselstallet økte i alle fylker og regioner i de ni første månedene i 2020 sammenlignet med 2021:

> Helse Nord: +10,4 prosent
> Helse Midt: +6,5 prosent
> Helse Vest: +6,2 prosent
> Helse Sør-Øst: +3,2 prosent

På fylkesnivå økte de to fylkene Nordland (+13,7 prosent) og Troms og Finnmark (+7,7 prosent) mest. Minst økning hadde Innlandet, Vestfold og Telemark.

Bofylke	Endring 2020–2021 (%)
Viken	+3,9
Oslo	+3,0
Innlandet	+2,0
Vestfold og Telemark	+2,0
Agder	+5,7
Rogaland	+6,1
Vestland	+5,5
Møre og Romsdal	+6,3
Trøndelag	+7,6
Nordland	+13,7
Troms og Finnmark	+7,7

Andregangsfødende øker mest

Kvinner som fødte sitt andre barn står for den største økningen med 900 flere fødte barn i perioden januar–september 2021 enn i den samme perioden i 2020. Også blant førstegangsfødende og andre flergangsfødende er det en økning.

– Kan økningen i antall fødsler ha sammenheng med nedgangen i aborttallene i 2020, og da spesielt i sommermånedene?

– Det er vanskelig å si noe sikkert om hvilken betydning nedgangen i aborttallene for 2020 har for de økte fødselstallene i 2021, svarer Ferenc Macsali.

Referanser

1. 2020-tallene fra medisinsk fødselsregister
2. Færre vert gravide, Tidsskrift for Den norske legeforening
3. Comolli CL. The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: Structural economic conditions and perceived economic uncertainty. Demogr Res 2017; 36: 1549–600.
4. Human fertility database

Økning i antall svangerskap med Downs syndrom

Av **Kristine Stangenes**, overlege, ph.d., Avdeling for helseregisterforskning og –utvikling (HDFU), Folkehelseinstituttet

Foto: Katrine Sunde

Antall svangerskap per år i Norge med Downs syndrom øker, mens andelen barn som fødes med denne tilstanden er relativ stabil. Nylige endringer i Bioteknologiloven medfører nye retningslinjer og rutiner for undersøkelser som kan avdekke Downs syndrom i svangerskapet. Dette vil trolig påvirke hvor mange barn som fødes med Downs syndrom de kommende år.

Downs syndrom, eller trisomi 21, er en medfødt tilstand hvor barnet er født med en ekstra kopi av kromosom nummer 21 og antall kromosomer blir derfor totalt 47 i stedet for 46. Alle barn med Downs syndrom har forsinket intellektuell utvikling, men i svært varierende grad. Barn med

Downs syndrom har også økt risiko for medfødte misdannelser og andre helseproblemer.

Høyeste tall så langt

I 2020 ble det registrert 147 svangerskap med opplysninger om Downs syndrom i Medisinsk fødselsregister (MFR) (27 per 10 000). Dette er det høyeste antallet som er registrert i MFRs historie. Den vanligste risikofaktor for Downs syndrom er mors alder og det er sannsynligvis den økte alderen hos norske gravide kvinner som forklarer den økte forekomsten av svangerskap med foster med Downs syndrom.

Til tross for økende andel svangerskap med Downs syndrom de siste årene, har andel levendefødte barn med Downs i Norge vært relativt stabil. Forklaringen på dette er at andelen aborter av fostre diagnostisert med Downs syndrom også har økt.

I 2020 ble det født 58 levende barn med Downs syndrom (andel 10,9 per 10 000) og ved 84 senaborter var fosteret diagnostisert med Downs syndrom.

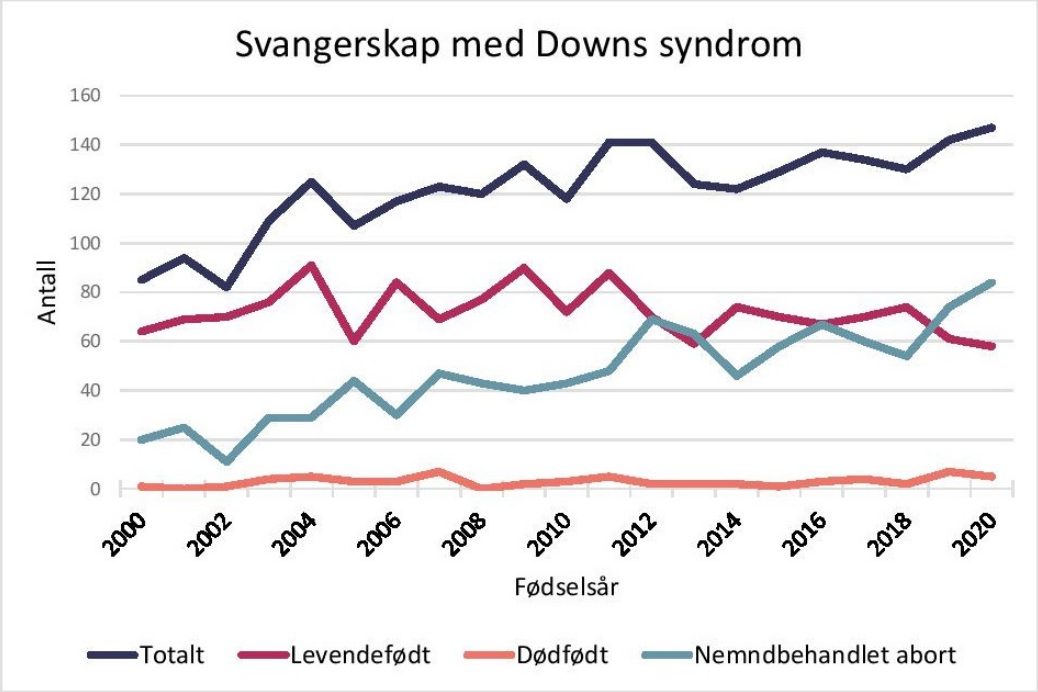
Endringer i bioteknologiloven

Det er ble i 2020 vedtatt endringer i Bioteknologiloven som gjør det enklere å avdekke hvorvidt et foster har Downs syndrom. Endringene innebærer blant annet:

1. aldersgrensen for fosterdiagnostikk senkes fra 38 til 35 år
2. offentlig tilbud om ultralydundersøkelse i uke 11+0 til 13 +6 til alle gravide
3. mulighet for å få tatt en blodprøve kalt NIPT (non-invasiv prenatal test) for alle gravide

NIPT viser om der er økt risiko for at fosteret har Downs syndrom (trisomi 21), Pataus syndrom (trisomi 13) eller Edwards syndrom (trisomi 18). Et funn på NIPT må alltid bekreftes med en fostervannsprøve. NIPT-test i den offentlig helsetjenesten gjelder kvinner som er 35 år eller eldre ved termin. Tilbudet med tidlig rutine-ultralyd i svangerskapet og tilbud om evt. NIPT er under etablering.

Det er rimelig å anta at disse nye rutinene vil påvirke andel levendefødte barn med Downs syndrom i Norge i årene som kommer. I Danmark har alle gravide kvinner fått tilbud om fosterdiagnostikk fra 2004, og NIPT ble innført der i 2017. Der har en sett en markert nedgang i andel levendefødte barn med Downs syndrom. I 2004 var det i Danmark 61 levendefødte barn med Downs syndrom og i 2019 var det 18. Andelen falt fra 9,4 per 10 000 i 2004 til 2,9 per 10 000 i 2019.



Figur 1. Antall med Downs syndrom i Norge, 2000-2020. Tallene viser totalt antall, antall levendefødte, dødfødte og nemndbehandlede avbrudd. Datakilde: Medisinsk fødselsregister.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Rapport; Forslag til organisering og innføring av tilbud om NIPT og ultralydundersøkelser i første trimester (2020)
2. Endringer i bioteknologiloven mv. Stortinget 2010-2020.
3. Fosterdiagnostikk. Sunhedsstyrelsen, 24. november 2020 (oppdatert)
4. PO-PN Trisomi 13 - 18 - 21, Dansk Cytogenetisk Centralregister, nettside per november 2021.

Foto: Colourbox

Uønskede svangerskapsutfall ved og over termin - undersøkelse av 665 244 fødsler

Av **Gulim Murzakanova**, overlege, ph.d.-stipendiat, Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus

Foto: Privat

Terminsvangerskap kan deles i tidlig-termin (37+0–38+6 uker), full-termin (39+0–40+6 uker), sen-termin (41+0–41+6 uker), og overtidig svangerskap (>42+0 uker). Antall igangsatte svangerskap har økt betraktelig siste årene. Igangsettelse av alle gravide i svangerskapsuke 39 uten medisinsk grunnlag har vært diskutert internasjonalt. Lite er kjent om forskjellen i svangerskapsutfall mellom de fem uker lange termin-perioden.

Vi brukte Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå som datakilde, og undersøkte 665 244 fødsler med spontan start hvor det var født ett barn i hodeleie mellom svangerskapsuke 37-43 i perioden1999-2014 i Norge. Forekomsten av forskjellige komplikasjoner ble så regnet ut for hver svangerskapsuke og sammenlignet. Analysen var justert for mors alder, utdannelsesnivå, røyking, diabetes, preeklampsi og paritet.

Tidlig-termin fødsler sammenlignet med full-termin var assosiert med økt forekomst av gulsott hos nyfødte som var tredoblet (adjusted odds ratio (aOR)= 3.23, KI 3.10–3.37), pustehjelp hos nyfødte som var fordoblet (aOR 2.20, KI 1.93–2.50), overflytting av barnet til nyfødt intensiv avdeling (aOR 2.00, KI 1.90–2.10), polyhydramnion (aOR 1.27, KI 1.12–1.45) og lav fødselsvekt (aOR 1.24, KI 1.17–1.31).

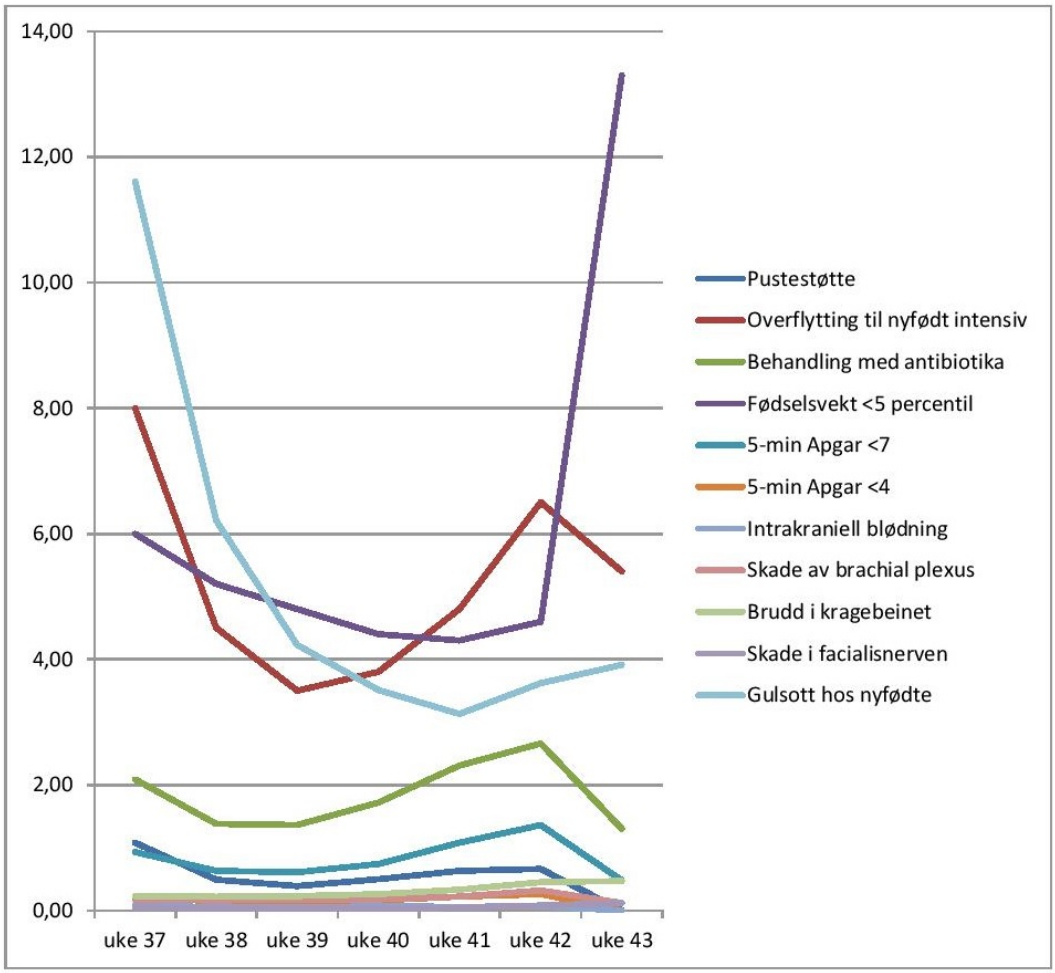
> Forekomsten av oligohydramnion ved overtidige fødsler sammenlignet med full-termin, var nærmest tredoblet (aOR 2.9, KI 2.76–3.13) og forekomsten av misfarget fostervann var fordoblet (aOR 2.11, KI 2.06–2.17). Fødselsskade hos nyfødte inkludert skade i facialisnerven (aOR 2.57, KI 1.64–4.04), lav 5-min Apgar skår (<7 poeng aOR 1.81, KI 1.63–2.02) og behandling av barnet med antibiotika (aOR 1.59, KI 1.47–1.72) var også hyppigst forekommende ved overtidige fødsler sammenlignet med full-termin.

Komplikasjoner hos den nyfødte ved tidlig-termin fødsler har ikke vært undersøkt grundig. Vår studiepopulasjon bestod av gravide med spontan fødselsstart og kan defineres som lav-risiko populasjon. Til tross for det, var forekomsten av mange uønskede svangerskapsutfall høy ved tidlig-

termin fødsler. Det kan delvis skyldes lungeumodenhet, men kan også skyldes andre ukjente faktorer som bør undersøkes nærmere. Tidlig-termin fødsler kan også forårsake langtidskonsekvenser for barnets helse, for eksempel i form av respiratoriske komplikasjoner, obstruktiv søvnapne og endokrine problemer. Selv om igangsettelse av fødsel er blitt en vanlig praksis, er man fortsatt uenig om det optimale tidspunktet for igangsettelse. Nøye fosterovervåking under fødsel og observasjon av den nyfødte med tanke på mulige komplikasjoner anbefales når man velger å igangsette tidlig-termin svangerskap uten medisinsk grunnlag.

Forekomst av uønskede svangerskapsutfall ved og over termin i Norge 1999-2014

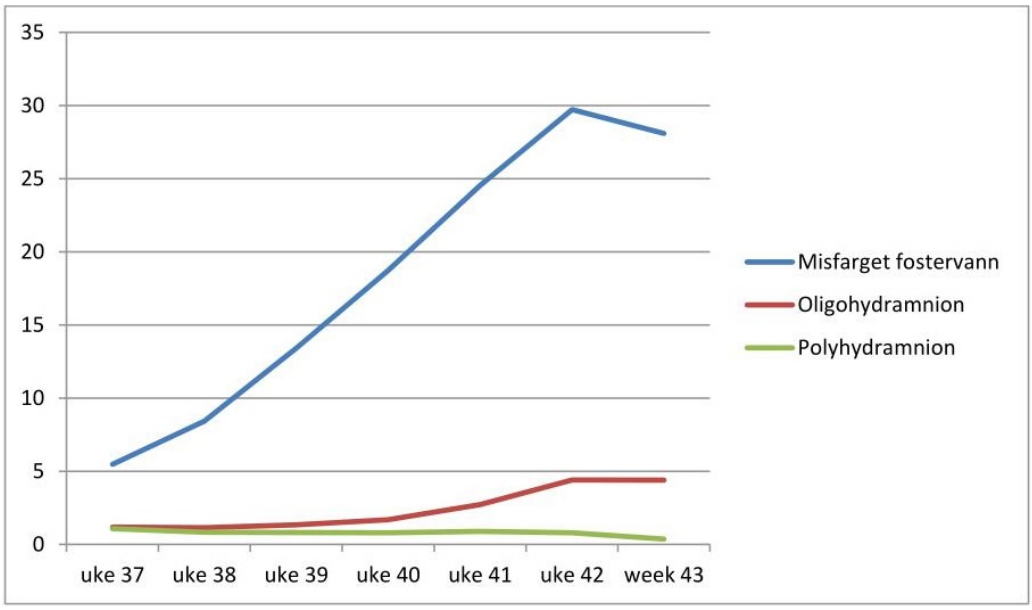
Fig. 1.
Svangerskapsalder-spesifikk prevalens (%) av uønskede svangerskapsutfall.
Spontane fødsler med ett levende barn i hodeleie ved og over termin (N = 665 244);
tilfeller som involverte store anomalier ble ekskludert.



Forekomsten av oligohydramnion ved overtidige fødsler sammenlignet med full-termin, var nærmest tredoblet (aOR 2.9, KI 2.76–3.13) og forekomsten av misfarget fostervann var fordoblet (aOR 2.11, KI 2.06–2.17).

Forekomst av fostervannsavvik ved og over termin i Norge 1999-2014

Fig. 2.
Svangerskapsalder-spesifikk prevalens (%) av fostervannsavvik.
Spontane fødsler med ett levende barn i hodeleie ved og over termin (N = 665 244); tilfeller som involverte store anomalier ble ekskludert.



Komplikasjoner hos den nyfødte ved tidlig-termin fødsler har ikke vært undersøkt grundig. Vår studiepopulasjon bestod av gravide med spontan fødselsstart og kan defineres som lav-risiko populasjon. Til tross for det, var forekomsten av mange uønskede svangerskapsutfall høy ved tidlig-termin fødsler. Det kan delvis skyldes lungeumodenhet, men kan også skyldes andre ukjente faktorer som bør undersøkes nærmere. Tidlig-termin fødsler kan også forårsake langtidskonsekvenser for barnets helse, for eksempel i form av respiratoriske komplikasjoner, obstruktiv søvnapne og endokrine problemer. Selv om igangsettelse av fødsel er blitt en vanlig praksis, er man fortsatt uenig om det optimale tidspunktet for igangsettelse. Nøye fosterovervåking under fødsel og observasjon av den nyfødte med tanke på mulige komplikasjoner anbefales når man velger å igangsette tidlig-termin svangerskap uten medisinsk grunnlag.

Referanse

1. Murzakanova G, Räisänen S, Jacobsen AF, Sole KB, Bjarkø L, Laine K. Adverse perinatal outcomes in 665,244 term and post-term deliveries-a Norwegian population-based study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020 Apr;247:212-218.

Foto: Colourbox

Bruk av modafinil hos gravide – norsk/svensk studie finner ikke en økt risiko for alvorlige medfødte misdannelser

Foto: Privat

Av **Kari Furu**, seniorforsker, Avdeling for kroniske sykdommer & Senter for fruktbarhet og helse, Folkehelseinstituttet, Oslo

Bakgrunn

Legemidlet modafinil er et sentralstimulerende legemiddel som brukes til å behandle overdreven søvnighet hos voksne med narkolepsi, men brukes også til å behandle tretthet relatert til multippel sklerose, og noen ganger for behandling av ADHD.

Felleskatalogen sier følgende om modafinil og graviditet:

«Basert på begrenset erfaring mistenkes modafinil å gi medfødte misdannelser ved bruk under graviditet. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet. Skal ikke brukes under graviditet. Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon».

Materiale

For å øke kunnskapen om mulig risiko ved bruk av modafinil under graviditet, gjennomførte forskere ved Folkehelseinstituttet og Karolinska Institutet en større studie basert på sammenstilling av individdata fra både norske og svenske medisinsk fødselsregistre, pasientregistre og reseptregistre.

Resultat og diskusjon

Studien er basert på nesten to millioner svangerskap i løpet av 2005-2017 i Norge og Sverige. Kvinner som brukte modafinil tidlig i svangerskapet ble sammenlignet med kvinner som ikke hadde brukt modafinil. Det var 133 (0,007 prosent) spedbarn som ble eksponert for modafinil i 1. trimester av svangerskapet. Av disse ble tre (2,6 prosent)

født med en alvorlig misdannelse, mot 2,1 prosent hos de ueksponerte spedbarna. Dette tilsvarer en relativ risiko på 1,06 [95%CI 0,35-3,25] – en forskjell som ikke er statistisk signifikant. Studien er publisert i JAMA(1)

En dansk studie basert på vel 800 000 svangerskap har imidlertid rapportert en økt risiko for alvorlige misdannelser hos mødre til spedbarn som brukte modafinil i svangerskapet(2).

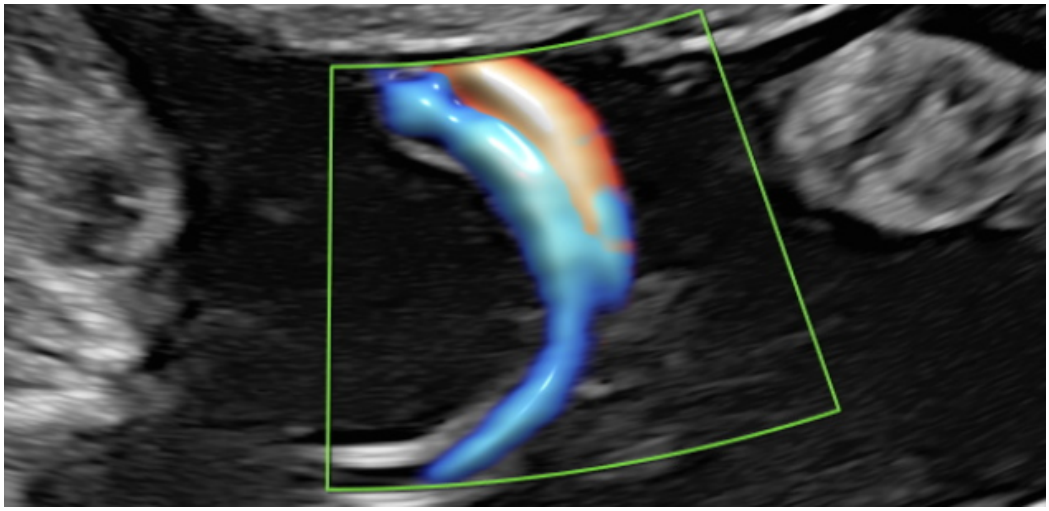
Legemiddelverket har så langt konkludert med:
"Det er på nåværende tidspunkt likevel usikkert om modafinil er den direkte årsaken til de medfødte misdannelsene."

Konklusjonen basert på eksisterende data er at vi fremdeles ikke har tilstrekkelig data om sikkerheten knyttet til bruk av modafinil under graviditet.

Resultatene våre illustrerer behovet for å utføre større studier med tilstrekkelig statistisk styrke når man skal studere bruk og sikkerhet av legemidler i svangerskapet fordi det ofte dreier seg om både sjeldne eksponeringer (enkeltlegemidler) og sjeldne utfall. Det er behov for data fra flere land for å kunne gi sikrere svar om sikkerhet av legemiddelbruk hos gravide. Vi har derfor etablert et nordisk forskningssamarbeid der data fra helseregistre i 5 nordiske land inngår. Dette forskningssamarbeidet er finansiert av NordForsk (NorPreSS, Nordic Pregnancy Drug Safety Studies) og av Norges forskningsråd (InPreSS, International Pregnancy Drug Safety Studies) og pågår: https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/epidemiologiske-studier-av-legemiddelbruk-med-spesielt-fokus-pa-sikkerhet-a/

Referanser

1. Cesta CE, Engeland A, Karlsson P, Kieler H, Reutfors J, Furu K. Incidence of Malformations After Early Pregnancy Exposure to Modafinil in Sweden and Norway. JAMA. 2020;324(9):895-7.
2. Damkier P, Broe A. First-Trimester Pregnancy Exposure to Modafinil and Risk of Congenital Malformations. JAMA. 2020;323(4):374-6.



Ultralydbilde av navlesnor med SUA. Bildet viser to blodårer med blodstrøm i motsatt retning; det blå karet er en arterie og det røde er navlevenen i dette tilfellet. Det sorte rundt navlesnoren er fostervann.
Foto: Cathrine Ebbing

Den livsviktige navlesnoren

Av **Cathrine Ebbing**, overlege, ph.d., Seksjon for fostermedisin, Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus / amanuensis,
Klinisk institutt 2, UiB

Foto: Haukeland universitetssykehus

Navlesnoren som forbinder fosteret med placenta transporterer næring og oksygen til fosteret, og avfallsprodukter bort. Det er åpenbart at en normal navlesnor er essensiell for en normal utvikling av fosteret. På tross av dette har navlesnoren vært viet lite oppmerksomhet i forskningen(1). Det er likevel enighet om at navlesnorskomplikasjoner utgjør en viktig årsak til intrauterin fosterdød(1).

Navlesnoren har normalt 3 blodårer; to arterier fra fosteret til placenta, og en vene fra placenta til fosteret. Etter alle fødsler undersøker jordmor navlesnor og placenta, og antall blodårer i navlesnoren registreres til Fødselsregisteret. Dersom snoren har bare to kar- en arterie og en vene- kalles dette «singel umbilical artery eller arterie» (SUA). Det har vært mye diskusjon om tilstanden SUA medfører risiko i svangerskapet(2-4), og det har vært uklart hvilke misdannelser som er assosiert med SUA.

Vi fant at forekomsten i Norge av SUA var 0,46%, og identifiserte at assistert befruktning, røyking, hypertensjon, epilepsi, diabetes og høy paritet hos kvinnen var risiko faktorer for å utvikle SUA. Videre at dersom en kvinne hadde hatt et svangerskap med SUA tidligere hadde hun økt risiko for å få det igjen i et senere svangerskap(5). Av de som hadde SUA fant vi at ca 11% av de nyfødte hadde andre misdannelser, og

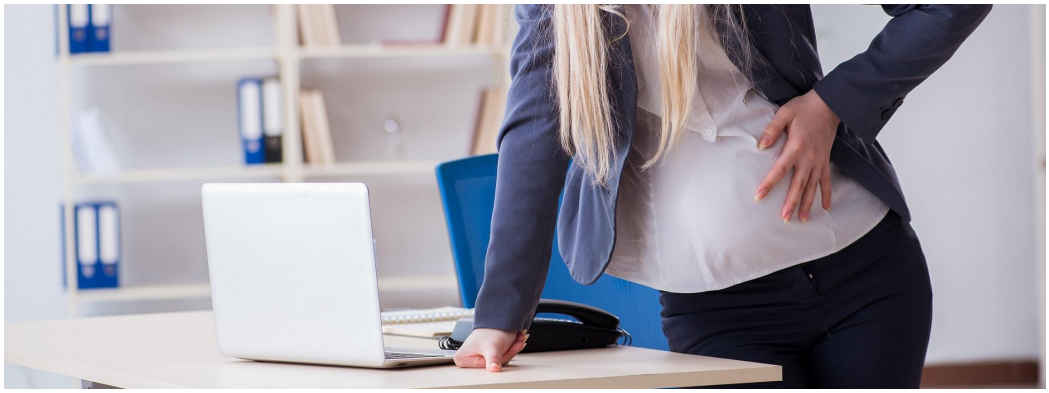
sterkest assosiasjon fant vi til malformasjoner i mage-tarm tractus (esofagus og anorectal atresi)(5).

SUA uten andre misdannelser kalles isolert SUA (iSUA), og det har vært mye diskutert om denne tilstanden medfører risiko for fosteret, og konsekvenser for kvinnen/mor har vært lite studert. Vi fant at iSUA var assosiert med en mer enn 5 ganger økt risiko for fosterdød og perinatal død. iSUA var også assosiert med lav fødselsvekt og assosiasjonen til fosterdød eller perinatal død var sterkere ved fødsel etter termin(6). Vi fant også at iSUA var assosiert med økt risiko for andre navlesnorsanomalier og unormal placenta, for eksempel unormalt navlesnorsfeste, lang navlesnor og navlesnors knute, og placenta previa, abruptio og behov for uthenting av placenta samt postpartum blødning. Vi tolker dette slik at iSUA er knyttet til andre forstyrrelser i utviklingen av placenta og navlesnoren.

Navlesnoren kan undersøkes relativt lett med ultralyd i svangerskapet, og det inngår i rutine ultralydundersøkelsen i 2. trimester å bestemme antall kar i navlesnoren. Resultatene våre tyder på at funn av SUA identifiserer risiko og at SUA er en indikasjon for oppfølging gjennom svangerskapet. Også SUA uten misdannelser identifiserer risiko for intrauterin og perinatal død, særlig etter termin, og induksjon kan vurderes for eksempel ved svangerskapsuke 40 +3 dager. Vi fant også at tilstanden medførte litt økt risiko for mor, som kan være nyttig med hensyn på å være forberedt ved fødselen.

Referanser

1. https://undark.org/2021/07/05/debate-over-umbilical-cord-screenings-and-stillbirths/
2. Voskamp BJ, Fleurke-Rozema H, Oude-Rengerink K, et al. Relationship of isolated single umbilical artery to fetal growth, aneuploidy and perinatal mortality: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013;42:622-628.
3. Kim HJ, Kim JH, Chay DB, Park JH, Kim MA. Association of isolated single umbilical artery with perinatal outcomes: Systemic review and meta-analysis. Obstet Gynecol Sci. 2017;60:266-273.
4 Luo X, Zhai S, Shi N, et al. The Risk Factors and Neonatal outcomes of Isolated Single Umbilical Artery in Singleton Pregnancy: A Meta-analysis. Scientific reports. 2017;7:7396.
5. Ebbing C, Kessler J, Moster D, Rasmussen S. Single umbilical artery and risk of congenital malformations: a population-based study in Norway. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019.
6. Ebbing C, Kessler J, Moster D, Rasmussen S. Isolated single umbilical artery and the risk of adverse perinatal outcome and third stage of labour complications: A population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019.



Endringer i forekomsten av for tidlig fødsel etter nedstengningen av Norge – skandinaviske studie

Av **Siri E. Håberg**, direktør og **Maria C. Magnus**, forsker, Senter for fruktbarhet og helse, Folkehelseinstituttet, Oslo

Bakgrunn

Noen studier har antydet at det kan ha vært en reduksjon i forekomsten av for tidlig fødsel etter innføring av strenge tiltak for å håndtere COVID-19 pandemien, noe som har fått forskere til å spekulere i om en mindre hektisk hverdag for gravide som følge av nedstengningen av samfunnet kan ha hatt positive konsekvenser. Men resultatene på tvers av studier spriker noe.

Materiale

For å avklare om det har vært en endring i for tidlig fødsel etter innføring av strenge tiltak for å håndtere COVID-19 pandemien, gjennomførte forskere ved Folkehelseinstituttet, Karolinska og København universitet en større studie basert på data fra norske, svenske og danske fødselsregistre. Vi sammenlignet forekomsten av for tidlig fødsel før og etter 12. mars 2020.

Resultat og diskusjon

Studien er basert på 1 519 521 fødsler i de tre skandinaviske landene mellom januar 2014 og desember 2020, hvorav rundt 6% endte i en for tidlig fødsel. Det var ingen signifikant endring i forekomsten av for tidlig fødsel i perioden fire måneder etter 12. mars 2020 (estimert til 2 færre for tidlig fødsler per 1000 fødsler (95% CI: -5, 1). Det var heller ingen forskjeller i for tidlig fødsel når vi så på 2 uker, 1 måned, 2 måneder og 3 måneder etter 12. mars 2020. Resultatene var i stor grad lik på tvers av landene.

Funnene fra denne skandinaviske studien strider imot funnene fra en meta-analyse av 12 studier med 635 118 fødsler som rapporterte en liten nedgang i for tidlig fødsel etter innføringen av tiltak for å håndtere COVID-19 pandemien, med en endring på -9% (95% CI: -16%, -1%) (2).

De motstridende funnene kan forklares av forskjeller i metodiske tilnærminger, seleksjon, og hvordan man har tatt høyde for den underliggende endringer i for tidlig fødsel over tid og sesongvariasjoner.

Resultatene er et eksempel på hvordan Medisinsk fødselsregister kan brukes for å se på problemstillinger relatert til konsekvenser av COVID-19 pandemien for gravide. Vi har etablert et skandinaviske forskningssamarbeid finansiert av både NordForsk (Scandinavian Covid-19 in Pregnancy) og Norges forskningsråd (Safety of Covid-19 vaccination in pregnancy) som pågår. I tillegg til mulige konsekvenser av samfunnstiltak for å håndtere pandemien på svangerskapskomplikasjoner, så planlegger vi å se på svangerskapsutfall blant kvinner som har hatt COVID-19 under svangerskapet, og effekten av vaksinasjon mot SARS-CoV-2 blant gravide.

Referanser

1. Oakley LL, Örtqvist AK, Kinge J, et al. Preterm birth after the introduction of COVID-19 mitigation measures in Norway, Sweden and Denmark: a registry-based difference-in-differences study. Am J Obstet Gynecol. 2021 Nov 11:S0002-9378(21)01231-X. doi: 10.1016/j.ajog.2021.11.034.
2. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health 2021;9: e759–72.

Kompletthetsprisen

Fødeavdelingen på **Akershus universitetssykehus**
vant Kompletthetsprisen 2021

Vi gratulerer!

Foto: Colourbox

For at Medisinsk fødselsregister

skal kunne levere statistikk og data av høy kvalitet er vi avhengig av god innmelding. For å sette fokus på dette deler vi ut kompletthetsprisen til den fødeavdelingen i landet som gir 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 2020 innmelding er følgende;

- Opplysninger om vekt før svangerskapet
- Opplysninger om høyde før svangerskapet
- Opplysninger om terminmetode

- Opplysninger om type fødselstart
- Utskrivingsdato mor
- Opplysninger om fosterovervåkning
- Opplysninger om anestesi / analgesi
- Opplysninger om komplikasjoner under fødsel
- Opplysninger om komplikasjoner etter fødsel
- Opplysninger om placenta

For 2021 er det fødeavdelingen ved Akershus Universitetssykehus som går av med seieren. Vi er svært fornøyd med det de 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.

10 på topp kompletthet

Fødeavdeling	Kompletthet %
1. Akershus	99,3
2. Stavanger	98,3
3. Haukeland, Føden	97,9
4. Haukeland, Storken	96,0
5. Arendal	95,6
6. Kongsberg	94,5
7. Voss	94,0
8. Haugesund	93,8
9. Harstad	92,5
10. Stord	92,2

Nyhet! Fra januar 2022 - månedlig oppdatering av foreløpige fødselstall

Pandemien, men også tiden vi lever i, fordrer raskere data. MFR vil fra januar 2022 starte med å publisere månedlige tall hver 21. i måneden. De tall vi legger ut vil være data som i liten grad krever kvalitetssikring og som derfor i svært liten grad vil endre seg.

Følgende data vil bli oppdatert månedlig i MFR`s statistikkbank;

1. Fødselstall
2. Keisersnitt
3. Vaginalt operative forløsninger
4. Rifter
5. Apgarscore
6. Andel premature under 37 uker
7. Induksjon
8. Blødninger over 500 ml
9. Blødninger over 1500 ml eller transfusjon
10. Overflytninger Barneklinikk

Dataene vil være tilgjengelig for fylke og for institusjon. Se evt;
https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikkalenderen/statistikkalenderen2022/

Brukerinformasjon

Foto: Colourbox

Innrapportering fra MFR til Beredskapsregister for covid-19 (Beredt C19)

Folkehelseinstituttet har på grunn av pandemien opprettet Beredt C19 og MFR bidrar med data. Formålet med Beredt C19 er å hurtig fremskaffe oversikt og kunnskap om pandemien og tiltakene som er iverksatt og hvordan dette påvirker befolkningens helse, bruk av helsetjenester og helserelatert atferd. Dataene fra MFR brukes til å studere effekter hos gravide – både av covid-19 og vaksinasjon, eventuelt også andre effekter på gravide og fødsler, som følge av tiltakene mot pandemien.

Les mer om Beredt C19.

Snusopplysninger i ny fødselsmelding
Opplysninger om snus er tatt med i ny fødselsmelding. Vi gjør oppmerksom på at det kreves samtykke for innhenting av dette, på lik linje med røykeopplysninger.

Husk på

Veileder til utfylling av fødselsmeldingen forklarer utfylling og kan lastes ned fra MFR sin nettside.

Når papirmelding til MFR sendes for spontanaborter, må den også inneholde utfyllende opplysninger om mor, far, svangerskapet og fødselen.

Foto: Colourbox

• Alle spontanaborter fra 16-22 uker, og dødfødte fra 22 uker skal meldes til MFR.

• Registrer kun prenatal diagnostikk som er omfattet av bioteknologiloven. *Rutineultralyd og vekstestimering skal ikke meldes i dette feltet.*

• 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.

• Registrer kvinnens vekt ved svangerskapets begynnelse og slutt.

Redaksjon:
Kristine Stangenes
Ferenc Macsali
Pétur B. Júlíusson
Solveig Warhuus Eriksen

Kontakt oss:
folkehelseinstituttet@fhi.no

Avbestill dette nyhetsbrevet