

RAPPORT

2025

Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2024

Svangerskap og fødsler i Norge

Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2024

Svangerskap og fødsler i Norge

Liv Cecilie Vestrheim Thomsen

Anne Kjersti Daltveit

Truls P. Næss

Pétur B. Juliusson

Hilde M. Engjom

Kari Klungsøyr

Rupali R. Akerkar

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Medisinsk fødselsregister
Område for Helsedata og digitalisering
November 2025

Tittel:

Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2024. Svangerskap og fødsler i Norge

Forfatter(e):

Liv Cecilie Vestrheim Thomsen
Anne Kjersti Daltveit
Truls P. Næss
Pétur B. Juliusson
Hilde M. Engjom
Kari Klungsøyr
Rupali R. Akerkar

Oppdragsgiver:

Folkehelseinstituttet

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-531-1

Emneord: Svangerskap, svangerskapsomsorg, fødsel, barsel, Medisinsk fødselsregister, MFR, 2024, helseregister

Innhold

Innhold	3
Hovedbudskap	4
Key messages (English)	5
1 Innledning	6
1.1 Forklaringer på medisinske begreper	7
2 Fødselstall for 2024	8
2.1 Totalt antall fødsler og fødte i Norge	8
2.2 Fordeling av fødsler på helseregioner	9
2.3 Fordeling av fødsler etter svangerskapslengde	10
2.4 Fødsler utenfor fødeinstitusjoner	11
2.5 Liggetid etter fødsel	12
3 Tall for utvalgte hendelser	14
3.1 Mors og partners alder	14
3.2 Keisersnitt	15
3.3 Igangsetting av fødsler	16
3.4 Svangerskapsinduserte hypertensive tilstander	17
3.5 Diabetes	18
3.6 Dødfødsler	20
3.7 Neonatal dødelighet	20
3.8 Medfødte misdannelser	21
3.9 Større fødselsrifter i bekkenbunnsmusklene	24
3.10 Bruk av epidural og spinalbedøvelse ved vaginale fødsler	25
3.11 Seteleie og fødemetode	26
3.12 Blødning i forbindelse med fødsel	26
3.13 Kroppsmasseindeks for kvinnene som går gravide og føder barn	27
3.14 Assistert befruktning	28
3.15 Kikhostevaksine til gravide	29
4 Nyhetssaker 2024	31
4.1 For første gang på lenge øker ikke alderen for førstegangsfødende	31
4.2 Økning i fødsler i 2023	34
4.3 Flere fødende blir igangsatt for å unngå dødfødsler	37
4.4 Færre blir født med alvorlige hjertefeil og kromosomavvik	41
5 Appendix	46
5.1 Lovhjemmel	46
5.2 Melding til MFR	46
5.3 Reservasjonsrett	47

Hovedbudskap

De endelige tallene for 2024 ble offentliggjort 11. november 2025 på Medisinsk fødselsregister (MFR) sine sider på FHI under FHI Statistikk. Formålet med denne rapporten er å publisere utvalgt statistikk for MFR for 2024 og vise trender, spesielt for den siste tiårsperioden fra 2015 til 2024.

Denne rapporten gir en oversikt over antall fødte og fødsler, og over tilstander og hendelser i svangerskap, ved fødsel, i barseltid, og fram til ett års levealder. I MFR finnes data om svangerskap og fødsler fra og med årgangen 1967. Frem til rundt 2006 ble fødsler innmeldt på papirskjema, og informasjonen som ble innhentet var mindre omfattende enn det som siden har blitt meldt i de elektroniske fødselsmeldingene. Informasjonen kan gi innsikt i hvordan svangerskapsomsorgen og behandling av nyfødte utvikler seg på landsbasis og på tvers av helseregioner. I Norge er det obligatorisk å registrere i MFR alle svangerskap som varer lenger enn 12 uker. Disse opplysningene er viktige for å forstå helseutviklingen i befolkningen, og eventuelle forskjeller i helsetilbudet til gravide og fødende kvinner og deres nyfødte barn. Tallene gir også grunnlag for planlegging av helsetjenester og tiltak for å forbedre folkehelsen. Informasjonen i MFR er av stor allmenn interesse og benyttes av helsepersonell, forskere, helsemyndigheter, media og allmennheten både nasjonalt og internasjonalt.

I 2024 gikk antallet kvinner som fødte og hvor mange barn som ble født i Norge igjen litt opp sammenlignet med 2022, som var året med færrest fødte barn siden 1985. Over 90 prosent av alle fødsler i 2024 skjedde rundt termin, det vil si mellom svangerskapsuke 37 og 41. Andelen har ligget relativt stabilt det siste tiåret.

De aller fleste svangerskap som varer i minst 22 uker ender med et levendefødt barn, og andelen dødfødsler følger den nedadgående trenden som har vært observert over mange år. Antallet dødfødsler registrert i 2024 er det laveste i MFRs historie. I 2024 var det også en svært liten andel levendefødte barn som døde de første fire ukene etter fødselen, noe som tilsvarer tallene for de siste årene.

Andelen svangerskap der det ble registrert en eller flere misdannelser økte det siste tiåret frem til 2022, men tallet har sunket noe de siste to årene. Utfallet for de forskjellige misdannelsestypene varierer, men totalt sett er en større del av misdannelsene registrert for fostre i svangerskap som ender med abort.

Gjennomsnittsalder for gravide kvinner og gjennomsnittlig kroppsmasseindeks (BMI) før svangerskap fortsatte å øke, både for førstegangsfødende og for flergangsfødende. Også partnerens gjennomsnittsalder stiger, men ikke like mye som for den fødende.

I tråd med trenden de siste 20 årene fikk en økende andel av gravide kvinner påvist svangerskapsdiabetes dette året. Andelen som har fått diagnosene type 1 eller type 2 diabetes før svangerskapet har fortsatt å øke.

Keisersnittsraten holdt seg relativt stabil også i 2024, og som tidligere er det store forskjeller mellom helseforetak. Andelen fødsler som ble igangsatt flatet ut i 2024 i forhold til året før, men fortsatt ble nesten 30 prosent av alle fødsler i Norge satt i gang med medisiner og medisinske inngrep.

I 2024 ble det i over 1/3 av alle fødsler rapportert fra helsepersonell at kvinnen mistet over en halv liter blod i forbindelse med fødselen, og også andelen av kvinner som får større blødninger i forbindelse med fødsel øker.

Key messages (English)

The birth statistics for 2024 were released on November 11, 2025, on the pages of the Medical Birth Registry of Norway (MBRN) at the Norwegian Institute of Public Health (NIPH) under “FHI Statistikk”. The purpose of this report is to publish selected statistics for the MBRN for 2024 and to illustrate trends, particularly over the last decade from 2015 to 2024.

This report provides an overview of the number of births and deliveries, as well as conditions and events during pregnancy, at birth, in the postpartum period, and up to the age of one year. The information can offer insights into the development of maternal care and neonatal treatment nationwide and across health regions. In Norway, it is mandatory to register in the MBRN all pregnancies of at least 12 weeks duration. These data are important for understanding public health trends and any disparities in the services offered to pregnant and birthing women and their newborns. The figures also provide a basis for the planning of healthcare services and initiatives to improve public health. The information in the MBRN is utilized as a data source on pregnancy, obstetric and neonatal care and outcomes by national and international healthcare professionals, researchers, health authorities, the media, and the public.

In 2024, the number of women giving birth and the number of children born in Norway increased compared to 2022, which marked the year with the fewest births since 1985. Over 90 percent of all births in 2024 occurred around the expected due date, i.e., between gestational weeks 37 and 41. This proportion has remained relatively stable over the past decade.

The vast majority of pregnancies lasting at least 22 weeks result in a live birth, and the rate of stillbirths continues to fall, as observed over the last decades. The number of stillbirths recorded in 2024 is the lowest in the history of the MBR. Following the trend of the previous years, a decreasing proportion of live born neonates in 2024 died the first four weeks after birth.

The proportion of pregnancies in which one or more malformations were registered increased during the last decade until 2022, but this number has decreased somewhat over the past two years. The outcomes for different types of malformations vary, but overall, a larger share of the malformations are registered in pregnancies ending in abortion.

The average age of pregnant women and the average body mass index (BMI) before pregnancy continued to rise, both for first-time and multiparous mothers. The average age of the partner also increased, although not by as much as that of the birthing mother.

In line with the trend over the last 20 years, a growing proportion of pregnant women were diagnosed with gestational diabetes this year. The proportion of women diagnosed with type 1 or type 2 diabetes before pregnancy has also continued to rise.

The caesarean section rate remained relatively stable in 2024, and as before, there are significant variations between healthcare institutions. The proportion of births that were induced levelled out in 2024 compared to the previous year, but still nearly 30 percent of all births in Norway were induced using medications and medical interventions.

In 2024, healthcare professionals reported that in over one-third of all births, the woman lost more than half a litre of blood in connection with childbirth, and the proportion of women who experience a blood loss above 1,5 litres during childbirth is increasing.

1 Innledning

Medisinsk fødselsregister (MFR) ble etablert i 1967 og er et landsomfattende, lovpålagt helseregister over alle fødsler i Norge.

Registeret skal bidra til å avklare årsaker til og konsekvenser av sykdom og dødsfall blant kvinner i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid, og tilsvarende for svangerskaps- og fødselsrelaterte skader, medfødte misdannelser, fosterdød og dødsfall hos barn under 1 år. I tillegg har MFR i oppgave å overvåke endringer i forekomsten av slike helseproblemer og tilstander i befolkningen.

Fødselshjelp og behandling av nyfødte har endret seg gjennom årene i takt med at forskning viser vei og ny teknologi gir andre muligheter for overvåkning og behandling. Av den grunn vil informasjonen som samles inn til registeret ikke være statisk, siden dataene må reflektere endringene i behandlingstrender og inkludere tidsaktuell informasjon som gjenspeiler samfunnsendringer.

Formålet med denne rapporten er å presentere et utvalg av statistikk for 2024 for helsetilstander relatert til svangerskap, fødsel, og nyfødtperioden, og å se på aktuelle tall opp mot tidligere tidsperioder. Rapporten er basert på data fra MFR. Dersom ikke annet er beskrevet, inkluderer tabellene alle registrerte svangerskap i henhold til MFRs kriterier: alle levendefødte, og dødfødte, med fødselsvekt ≥ 500 gram eller svangerskapslengde ≥ 22 uker.

I denne rapporten vises hovedsakelig trender for de siste ti årene (2015-2024). For enkelte tilstander og figurer er lengre tidsrom benyttet for å illustrere lange tidstrender.

Mer statistikk kan man finne på MFRs FHI Statistikk på Folkehelseinstituttets nettsider og i tidligere årsrapporter for MFR, eller ved å søke om data på helsedata.no. Avvik mellom tallene i årsrapport fra MFR og informasjonen som finnes i MFRs statistikkbank kan forekomme.

MFR inneholder opplysninger hentet fra de følgende kildene: medisinsk fødselsmelding, melding fra barneavdeling, melding om avbrutte svangerskap, og melding om assistert befruktning. Innsamling, lagring, behandling og utlevering av opplysninger i MFR er regulert i Medisinsk fødselsregisterforskriften¹.

Helseplattformen ble innført som nytt pasientjournalssystem ved St. Olavs hospital 12. november 2022, og er deretter utvidet etappevis ut i Helse Midt RHF, slik at alle fødeinstitusjoner i det regionale helseforetaket benyttet Helseplattformen ved utgangen av 2024. Innkjøringsproblemer knyttet til Helseplattformen har forårsaket redusert datakvalitet, men etter et omfattende samarbeid for å utbedre dette, er nå kvaliteten på de innmeldte data akseptabel for årgangene 2023 og 2024 slik at Folkehelseinstituttet kan publisere komplett nasjonal statistikk også for disse årene.

Ny abortlov i Norge tredde i kraft 1.juni 2025. Tall fra MFR for forekomst av misdannelser baserer seg til dels på informasjon fra nemndaborter utført på grunnlag av mistanke om skade eller sykdom hos foster. Den nye abortloven vil ikke påvirke tallene for 2024-årgangen, men først medføre endringer i statistikken for 2025.

¹ Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483>

1.1 Forklaringer på medisinske begreper

Abortnemnd. Komité som avgjør om abort kan innvilges på bakgrunn av lov om svangerskapsavbrudd i de tilfellene der svangerskapet har vart over 12 uker (per 31. desember 2024) og abort er begjæret.

Anencefali. Total eller partiell manglende hjerne og tilhørende del av hodeskallen.

Down syndrom. Kromosom nr. 21 forekommer i tredobbel utgave (trisomi)

Dødfødsel. Svangerskap som varer i over 21 uker og/eller der fødselsvekt er ≥ 500 gram, og der det ikke er observert tegn til liv etter at barnet er født.

Eklampsi. Krampeanfall som opptrer under svangerskap, fødsel eller de første syv dager etter fødsel, der det samtidig foreligger preeklampsi eller svangerskapsrelatert høyt blodtrykk uten andre nevrologiske årsaker til krampene.

Enfalocele. Hjernebrokk

Fosterdiagnostikk/Prenatal diagnostikk. Setting av diagnose på fosteret mens svangerskapet pågår, for eksempel med ultralyd, non-invasiv prenatal test (NIPT), eller morkakeprøve

Gastroschise. Defekt i bukveggen som ikke omfatter navlen

HELLP. Organdysfunksjon som kun utvikles i forbindelse med svangerskap eller i barseltid. Kjennetegnes ved øket grad av nedbryting av røde blodceller (hemolyse), høye leverprøver, og lave blodplatenivåer

Helseforetak. Statlig administrativ enhet for sykehusene i Norge siden 2002

Helseregion. Gammelt uttrykk. Brukes her som synonym for de fire regionale helseforetak, som siden 2002 har vært de statlige administrative enheter for sykehusene i Norge.

Hydrocefalus. Utvidelse av hjernens væskefylte hulrom med eller uten stort hode. Tilfeller med hydrocefalus sammen med spina bifida eller anfalocele er ikke inkludert i statistikk for hydrocefalus.

Hypertensjon. Forhøyet blodtrykk

Hypospadi. Munning av urinrørsåpningen ligger på undersiden av penis.

Induksjon. Igangsettelse av fødsel med medikamenter eller inngrep

Liggedøgn. Hvor lenge kvinnen har vært innlagt ved fødeinstitusjonen etter fødselen. Beregnes i hele døgn ut ifra dato for fødselen.

Middelpopulasjon. Gjennomsnitt av befolkningstall 1. januar ett år (2023) og befolkningstall 1. januar det påfølgende år (2024). Dette benyttes i statistikk for det første året (2023-årgangen).

Neonatal dødsfall. Dødsfall av et barn i løpet av de første fire ukene etter fødselen.

Omfalocele. Utposning av bukholeinnhold gjennom navlen, ikke dekket med hud, men av bukhinnen

Preeklampsi. Svangerskapsforgiftning

Preterm/prematur. Før svangerskapslengde 37 uker og 0 dager

Prenatal diagnostikk /Fosterdiagnostikk. Setting av diagnose på fosteret mens svangerskapet pågår, for eksempel med ultralyd, non-invasiv prenatal test (NIPT), eller morkakeprøve

Reduksjonsdeformitet av ekstremitet. Mangelfullt utviklete armer eller ben

Spina bifida. Manglende dekning av ryggmargen på grunn av manglende lukning av ryggraden. Tilfeller der foster/barn har spina bifida i tillegg til anencefali, telles ikke i statistikken for spina bifida.

Svangerskapsdiabetes. Diabetes påvist i løpet av svangerskapet der kvinnen ikke har kjent diabetes før svangerskapet.

Svangerskapshypertensjon. Forhøyet blodtrykk påvist i løpet av svangerskapet hos kvinner som ikke har kjent høyt blodtrykk fra tidligere.

Syndrom. En gruppe symptomer eller tegn som sammen karakteriserer og avgrenser en tilstand eller sykdom

Vakuum (Vakuumekstraksjon og -traksjon). Bruk av sugekopp (vakuum) på barnets hode under siste del av fødselen, i trykkefasen

2 Fødselstall for 2024

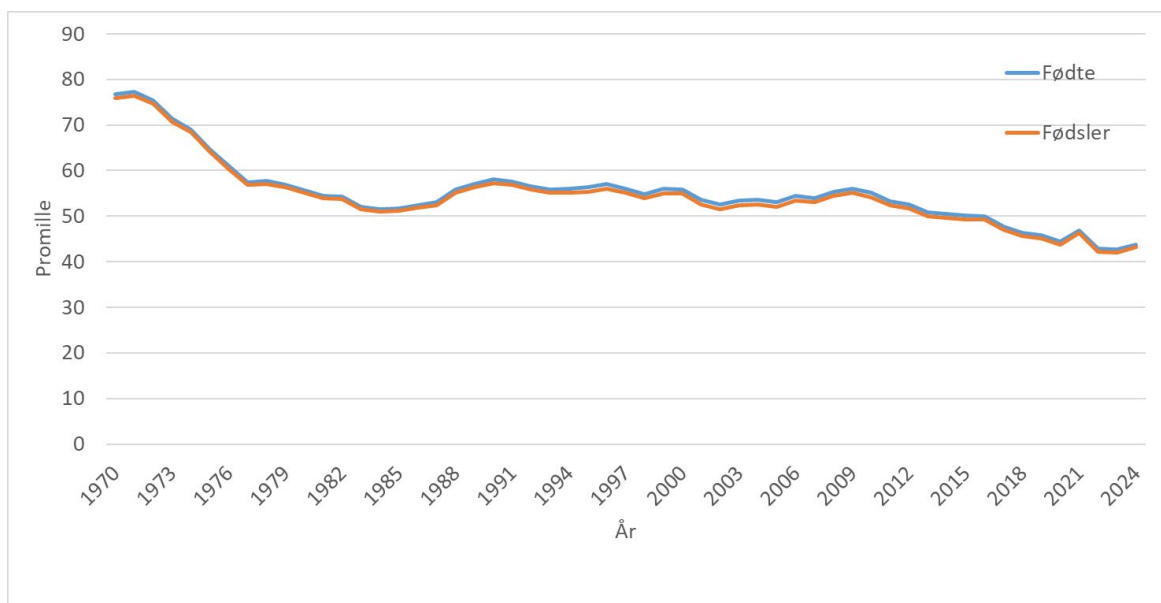
2.1 Totalt antall fødsler og fødte i Norge

Definisjon: Tallet på fødsler og fødte omfatter alle barn som fødes, både levendefødte og dødfødte, etter svangerskapsuke 21. Dersom barnet fødes før og veier minimum 500 gram, inkluderes det i statistikken for fødsler og fødte. Svangerskap som varer kortere enn 22 uker, klassifiseres som abort. Definisjonen inkluderer både spontanaborter og provoserte aborter i svangerskap over 12 ukers varighet.

Fra 2023 til 2024 økte antall fødte med fra 52 571 til 54 472 og antall fødsler fra 51 849 til 53 708. MFR bruker befolkningsdata (middelpopulasjonen) fra Folkeregisteret for å beregne antall fødte per 1000 kvinner i fertil alder (15-49 år). Antall kvinner i fertil alder i Norge økte fra i overkant av 1,23 millioner i 2023 til i overkant av 1,24 millioner i 2024. Antall fødte per 1000 kvinner i fertil alder økte fra 42,7 i 2023 til 43,8 i 2024. Tilsvarende økte antall fødsler per 1000 fra 42,1 til 43,2. Selv med denne økningen er antall fødte/fødsler per 1000 kvinner i fertil alder lavere enn før pandemiårene. Det er vanskelig å si om det forhøyede fødselstallet i pandemiåret 2021 (46,9 fødte per 1000 kvinner) har hatt en vedvarende effekt på fødselstallene i 2024, gjennom endrede prioriteringer og valg av tidspunkt for svangerskap.

Tabell 1. Oversikt over antall fødsler og fødte barn i tidsperioden 2015-2024

År	Antall fødte	Antall fødsler
2015	59 931	58 928
2016	60 064	59 121
2017	57 468	56 554
2018	55 914	55 072
2019	55 248	54 409
2020	53 630	52 903
2021	56 671	55 898
2022	52 038	51 296
2023	52 571	51 849
2024	54 472	53 708
Gjennomsnitt	55 801	54 974



Figur 1. Andel av fødsler og fødte barn per 1000 kvinner i fertil alder (15-49 år)

2.2 Fordeling av fødsler på helseregioner

Antall fødsler økte i alle helseregionene med unntak av Helse Nord, hvor det var en nedgang fra 4339 fødsler til 4251 fødsler. Tilsvarende økte antall fødsler per 1000 kvinner i fertil alder i alle helseregionene med unntak av Helse Nord, hvor det var en nedgang fra 43,4 i 2023 til 42,1 i 2024, noe som var lavest av helseregionene. Helse Vest hadde det høyeste antallet med 44,7 per 1000 kvinner tett fulgt av Helse Midt med 44,6 per 1000 kvinner.

Tabell 2. Antall fødsler per helseregion (basert på bosted) i perioden 2015-2024

År	Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
2015	58 928	32 456	13 374	7 991	4 935
2016	59 121	32 776	13 308	7 993	4 869
2017	56 554	31 401	12 728	7 702	4 583
2018	55 072	30 937	12 066	7 453	4 494
2019	54 409	30 774	11 831	7 332	4 348
2020	52 903	29 971	11 537	7 134	4 143
2021	55 898	31 313	12 180	7 683	4 598
2022	51 296	29 012	11 081	6 971	4 111
2023	51 849	29 332	11 059	6 961	4 339
2024	53 708	30 615	11 455	7 218	4 251

Tabell 3. Fødsler per 1000 kvinner i fertil alder (15 - 49 år) i tidsrommet 2015-2024

År	Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
2015	49,2	48,7	53,5	51,0	47,3
2016	49,2	48,9	53,2	50,7	46,7
2017	47,0	46,6	51,0	48,8	44,2
2018	45,7	45,7	48,4	47,2	43,6
2019	45,1	45,3	47,4	46,6	42,5
2020	43,8	43,9	46,2	45,2	40,9
2021	46,3	45,8	48,8	48,6	46,0
2022	42,2	42,0	44,3	43,9	41,3
2023	42,1	41,9	43,4	43,4	43,4
2024	43,2	43,4	44,7	44,6	42,1
Gjennomsnitt	45,4	48,9	52,5	50,4	46,8

2.3 Fordeling av fødsler etter svangerskapslengde

Preterm fødsel < 37 uker

I 2024 skjedde 5,6 prosent av fødslene før svangerskapsuke 37 (tabell 4). Dette ligger innenfor variasjonen i de 10 siste årene, som var mellom 5,4 prosent og 5,7 prosent.

Preterm fødsel < 28 uker

I 2023 skjedde 0,3 prosent av alle fødslene før svangerskapsuke 28 (tabell 4). Her har andelene i de siste 10 årene variert mellom 0,3 prosent og 0,4 prosent.

Fødsel i overtidig svangerskap

Overtidig svangerskap regnes som svangerskap som varer over 41 uker og 6 dager. Andelen fødsler i overtidige svangerskap var 4,0 prosent (tabell 4). Dette er litt over andelene i årene 2020-2023 men i samsvar med andelene mellom 2015 og 2019 som varierte mellom 3,9 og 4,4 prosent.

Tabell 4. Prosentvis fordeling av fødsler i 2015-2024 fordelt på svangerskapslengde i uker

År	< 28	< 37	37-41	> 41*
2015	0,4	5,6	90,2	3,9
2016	0,4	5,7	90,0	4,0
2017	0,4	5,5	89,7	4,6
2018	0,4	5,5	90,2	4,3
2019	0,4	5,6	90,0	4,4
2020	0,3	5,5	90,8	3,7
2021	0,4	5,4	90,9	3,6
2022	0,4	5,7	90,8	3,5
2023	0,3	5,6	90,7	3,7
2024	0,3	5,4	90,6	4,0
Gjennomsnitt	0,4	5,6	90,4	4,0

*Tilsvarende svangerskapslengde over 41 uker + 6 dager

2.4 Fødsler utenfor fødeinstitusjoner

Totalt fant 484 (8,6 per 1000) fødsler i 2024 sted utenfor institusjon (tabell 5). Av disse var 132 planlagte hjemmefødsler med helsepersonell til stede, 159 fødsler som fant sted hjemme, men som ikke var planlagt som hjemmefødsel, 148 transportfødsler og 45 fødsler ved nedlagte fødeinstitusjoner eller andre steder utenfor institusjon. Det sistnevnte inkluderer for eksempel handlesentre, cruiseskip, parkeringsplasser, og planlagte uassisterte hjemmefødsler, i tillegg til fødsler ved institusjoner som tidligere har vært drevet som fødeinstitusjoner. Det er ingen klar trend i andelen av fødsler utenfor institusjon, som i den siste tiårsperioden har variert mellom 7,3 per 1000 fødsler og 8,9 per 1000 fødsler.

Etter helseregion varierte antall fødsler utenfor institusjon fra 6,3 per 1000 i Helse Vest til 10,0 per 1000 i Helse Midt-Norge. Gjennom det siste tiåret har den laveste andelen fødsler utenfor institusjon enten vært registrert i Helse Sør-Øst eller i Helse Vest.

Kategorien «planlagte hjemmefødsler» inkluderer kun hjemmefødsler som er planlagt gjennomført med helsepersonell til stede. MFR har siden 2020 registrert fødsler som er planlagt som hjemmefødsel uten helsepersonell til stede (ofte betegnet som planlagt uassistert hjemmefødsel eller «freebirth»). For de fleste av disse fødslene er det kun registrert at de har funnet sted og at de kategoriseres som uassistert hjemmefødsel. De fødslene ligger i kategori «Nedlagt fødeinstitusjon / annet» i MFRs tabeller.

I gjennomsnitt er det registrert 4-5 slike hjemmefødsler i året i perioden 2020-2023. I 2024 ble det registrert 23 planlagte uassisterte hjemmefødsler i MFR. Siden det er et lavt antall fødsler og få år med registrering av denne opplysningen, er det vanskelig å si noe om trender hva som er naturlig årsvariasjon i tallet for slike fødsler. Når antallet er lavt, kan 1-2 fødsler medføre store utslag. MFR har ikke dekkende tall på hvor mange fødsler som begynner som planlagte uassisterte hjemmefødsler, men som av ulike årsaker ender med at helsepersonell tilkalles eller at kvinnen forflytter seg til en fødeinstitusjon etter at fødselen har startet.

Tabell 5. Fødsler fordelt på fødested i årene 2015-2024

År	Antall fødsler	Hjemme, planlagt	Hjemme, ikke planlagt	Under transport	Nedlagt fødeinstitusjon / annet*
2015	522	169	139	170	44
2016	563	169	176	199	19
2017	473	126	152	172	23
2018	461	103	154	173	31
2019	395	99	121	147	28
2020	450	105	170	146	29
2021	458	114	169	153	22
2022	407	90	148	125	44
2023	440	140	137	141	22
2024	484	132	159	148	45
Gjennomsnitt	465	125	153	157	31

*Fødsler ved nedlagt institusjon har vært registrert siden 2017. Inkluderer institusjoner som per i dag ikke har et regulært fødetilbud, men som har hatt slikt tilbud tidligere. «Annet» inkluderer steder som handlesentre, cruiseskip, parkeringsplasser, etc.

2.5 Liggetid etter fødsel

Tabellene i dette avsnittet inkluderer alle fødeinstitusjoner.

I 2024 ble kvinner værende innlagt på fødeinstitusjon i gjennomsnitt 2,6 døgn etter fødselen (tabell 6). Sammen med pandemiårene 2021-2022 er dette det laveste gjennomsnittet i siste 10-årsperiode. Liggetiden var i gjennomsnitt 2,4 døgn etter vaginal fødsel og 3,6 døgn etter keisersnitt.

Etter helseregion var liggetiden kortest i Helse Vest (2,5 døgn) og høyest i Helse Nord (2,8 døgn) (tabell 7). Ser en på trender i regionene i løpet av det siste tiåret var det relativt små variasjoner, med liggetider som varierte mellom 2,6 døgn og 2,9 døgn. Imidlertid var liggetiden kortere i alle regioner i 2024 enn i 2015 med unntak av Helse Nord, der liggetiden økte fra 2,7 døgn til 2,8 døgn.

Gjennomsnittlig liggetid for førstegangsfødende var noe lenger for førstegangsfødende (3,1 døgn) enn for alle fødende (2,6 døgn) (tabell 8). Etter region hadde førstegangs-fødende i Helse Nord den lengste liggetiden med 3,3 døgn.

Tabell 6. Gjennomsnittlig liggetid i døgn etter fødsel i Norge i perioden 2015 – 2024

År	Alle fødende	Etter vaginal fødsel	Etter keisersnitt
2015	2,8	2,5	3,9
2016	2,7	2,5	3,9
2017	2,8	2,5	3,9
2018	2,8	2,6	3,9
2019	2,8	2,6	3,9
2020	2,6	2,4	3,6
2021	2,6	2,4	3,6
2022	2,6	2,4	3,7
2023	2,7	2,5	3,8
2024	2,6	2,4	3,6
Gjennomsnitt	2,7	2,5	3,8

Tabell 7. Liggetid i døgn for alle fødende kvinner i perioden 2015-2024, fordelt på helseregion

År	Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
2015	2,8	2,8	2,6	2,9	2,7
2016	2,7	2,8	2,6	2,9	2,8
2017	2,8	2,8	2,6	2,9	2,8
2018	2,8	2,7	2,7	2,9	2,8
2019	2,8	2,8	2,7	2,9	2,8
2020	2,6	2,6	2,5	2,6	2,7
2021	2,6	2,6	2,5	2,6	2,6
2022	2,6	2,7	2,5	2,7	2,7
2023	2,7	2,7	2,5	2,7	2,7
2024	2,6	2,6	2,5	2,6	2,8
Gjennomsnitt	2,7	2,7	2,6	2,8	2,7

Tabell 8. Liggetid i døgn for førstegangsfødende kvinner i 2015-2024 fordelt på helseregion

År	Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
2015	3,2	3,3	3,1	3,4	3,2
2016	3,2	3,2	3	3,4	3,2
2017	3,2	3,3	3,1	3,4	3,3
2018	3,3	3,2	3,1	3,5	3,3
2019	3,2	3,3	3,1	3,3	3,3
2020	3,0	3,0	3,0	3,1	3,1
2021	3,1	3,1	3,1	3,0	3,1
2022	3,1	3,1	3,1	3,1	3,2
2023	3,2	3,2	3,2	3,1	3,2
2024	3,1	3,1	3,2	3,1	3,3
Gjennomsnitt	3,2	3,2	3,1	3,2	3,2

3 Tall for utvalgte hendelser

3.1 Mors og partners alder

Den jevne økningen i både mors og partners alder som vi har observert de siste årene fortsatte i 2024. Gjennomsnittsalderen ved fødsel i 2024 var 31,9 år for mødre og 34,3 år for partner. I løpet av de siste ti årene har gjennomsnittlig alder økt med 1,3 år for mødre og 0,7 år for partner. Den største økningen i mors alder finner en for førstegangsfødende, med en økning fra 28,8 år i 2015 til 30,4 år i 2024. I Helse Nord økte alderen for førstegangsfødende med hele 2 år fra 27,3 i 2015 til 29,3 år i 2024, men førstegangsfødende kvinner i Helse Nord hadde fortsatt lavere gjennomsnittlig alder enn førstegangsfødende kvinner i de andre regionene i 2024. Også partner som i Helse Nord blir forelder har lavere gjennomsnittlig alder enn i de øvrige regionene, med 33,5 år i 2024 sammenlignet med et gjennomsnitt på 34,3 år for alle som ble med-forelder i 2024.

Tabell 9. Gjennomsnittsalder i år for kvinner ved fødsel de siste ti år (2015-2024)

År	Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
2015	30,6	31,1	30,4	30,0	29,6
2016	30,7	31,1	30,5	30,2	29,8
2017	30,9	31,3	30,7	30,3	29,9
2018	31,0	31,4	30,8	30,5	29,9
2019	31,3	31,6	31,1	30,7	30,2
2020	31,4	31,8	31,2	30,9	30,3
2021	31,5	31,9	31,3	31,0	30,4
2022	31,6	32,0	31,4	31,0	30,6
2023	31,8	32,2	31,5	31,2	30,7
2024	31,9	32,3	31,6	31,3	31,0
Gjennomsnitt	31,3	31,7	31,0	30,7	30,2

Tabell 10. Gjennomsnittsalder i år for førstegangsfødende kvinner de siste ti år (2015-2024)

År	Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
2015	28,8	29,4	28,4	28,1	27,3
2016	29,0	29,5	28,5	28,1	27,6
2017	29,2	29,7	28,9	28,4	27,8
2018	29,4	29,9	29,1	28,7	27,9
2019	29,7	30,2	29,3	28,9	28,4
2020	29,8	30,3	29,4	29,0	28,6
2021	30,0	30,5	29,6	29,4	28,7
2022	30,2	30,7	29,8	29,5	28,9
2023	30,2	30,7	29,8	29,6	29,0
2024	30,4	30,9	29,9	29,6	29,3
Gjennomsnitt	29,7	30,2	29,2	28,9	28,3

Tabell 11. Gjennomsnittsalder for partner. Tall for de siste ti år (2015-2024)

År	Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
2015	33,6	34,0	33,2	33,0	33,1
2016	33,7	34,0	33,4	33,2	33,2
2017	33,8	34,1	33,4	33,2	33,1
2018	33,8	34,2	33,6	33,4	33,1
2019	34,0	34,3	33,7	33,5	33,2
2020	34,0	34,4	33,7	33,5	33,3
2021	34,1	34,4	33,8	33,7	33,3
2022	34,1	34,4	33,8	33,5	33,2
2023	34,2	34,5	33,8	33,7	33,4
2024	34,3	34,7	34,0	33,6	33,5
Gjennomsnitt	33,9	34,3	33,6	33,4	33,2

3.2 Keisersnitt

Definisjoner: Keisersnitt defineres som planlagt dersom inngrepet er bestemt åtte eller flere timer før barnet fødes. Keisersnitt defineres som akutt derom det er utført innen åtte timer etter at man har avgjort at kvinnen skal forløses ved en slik operasjon.

I 2024 fødte 8749 kvinner med hjelp av keisersnitt. Dette svarer til 16,3 prosent av alle fødsler og er den høyeste andelen keisersnittfødsler i løpet av siste tiår. Økningen fra de foregående årene er imidlertid beskjedne, og gjennomsnittet for tiårsperioden ligger på 16,0 prosent.

I 2024 utgjorde planlagte keisersnitt 5,0 prosent av alle fødsler mens andelen akutte keisersnitt lå på 11,3 prosent. Økningen i den totale andelen keisersnitt gjennom det siste tiåret kan tilskrives en økning i akutte keisersnitt. Andelen planlagte keisersnitt i samme periode gikk ned fra 5,6 prosent i 2015 til 5,0 prosent i 2024.

Tabell 12. Oversikt over andelen keisersnitt utført i Norge i årene 2015-2024

År	Fødsler (antall)	Keisersnitt (antall)	Keisersnitt (%) *	Planlagte (antall)	Planlagte (%) *	Akutte (antall)	Akutte (%) *
2015	58 928	9 467	16,1	3 310	5,6	6 140	10,4
2016	59 121	9 525	16,1	3 278	5,5	6 248	10,6
2017	56 554	9 040	16,0	3 159	5,6	5 882	10,4
2018	55 072	8 742	15,9	3 066	5,6	5 676	10,3
2019	54 409	8 683	16,0	2 906	5,3	5 777	10,6
2020	52 903	8 357	15,8	2 802	5,3	5 555	10,5
2021	55 898	8 750	15,7	2 909	5,2	5 841	10,4
2022	51 296	8 268	16,1	2 574	5,0	5 694	11,1
2023	51 849	8 351	16,1	2 569	5,0	5 783	11,2
2024	53 708	8 749	16,3	2 678	5,0	6 071	11,3
Gjennomsnitt	54 974	8 793	16,0	2 925	5,3	5 867	10,7

*Oppgis i prosent av alle fødsler i Norge samme år

Tabell 13. Andel av fødsler som endte med keisersnitt i 2024, etter fødeinstitusjon

Navn på fødeinstitusjon	Alle fødsler (antall)	Keisersnitt (%)*	Fordeling av utførte keisersnitt**	
			Planlagte (%)	Akutte (%)
Hele Norge	53 539	16,3	30,6	69,4
Sykehuset i Vestfold HF	1 897	15,4	35,5	64,5
Sykehuset Telemark HF	1 440	16,1	34,1	65,9
Sørlandet sykehus HF	3 081	13,0	29,4	70,6
Oslo universitetssykehus HF	8 281	18,1	32,0	68,0
Vestre Viken HF	4 741	16,5	27,1	72,9
Akershus universitetssykehus HF	5 651	16,4	27,6	72,4
Sykehuset Innlandet HF	2 457	20,0	29,5	70,5
Sykehuset Østfold HF	3 067	20,6	35,0	65,0
Helse Stavanger HF	4 119	15,1	29,1	70,9
Helse Fonna HF	1 665	10,6	29,5	70,5
Helse Bergen HF	4 810	12,2	31,2	68,8
Helse Førde HF	861	15,4	25,6	74,4
Helse Nord-Trøndelag HF	1 087	20,1	34,7	65,3
St. Olavs Hospital HF	3 721	17,4	33,4	66,6
Helse Møre og Romsdal HF	2 410	14,0	25,8	74,2
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1 807	22,0	28,1	71,9
Helse Finnmark HF	624	14,3	30,3	69,7
Nordlandssykehuset HF	1 303	14,2	31,4	68,6
Helgelandssykehuset HF	517	18,2	38,3	61,7

*Oppgis i prosent av alle fødsler ved institusjonen i samme år

**Prosent av alle utførte keisersnitt ved institusjonen samme år

3.3 Igangsetting av fødsler

Stadig flere fødsler blir satt i gang (indusert) med medisinsk hjelp i motsetning til at fødselen starter av seg selv spontant. Fra 1967 og frem til 2012 varierte andelen som ble igangsatt mellom 11,3% og 19,6% (MFR i FHI Statistikk). Siden 2013 har andelen kvinner som får en fødsel igangsatt øket jevnt, frem til at 29,8% av alle fødsler i 2024 ble igangsatt (tabell 14). Økningen ses i alle helseregioner, men andelen av fødsler som settes i gang varierer mellom fødeinstitusjoner, fra 20,3% (opp fra 17,4% i 2023) av fødslene ved Helgelandssykehuset til 34,5 % av fødslene ved Helse Fonna (opp fra 31,2% i 2023). Trenden må ses i sammenheng med at de nasjonale retningslinjene for igangsetting og overtidig svangerskap, beskrevet i Norsk gynekologisk forenings veileder for fødselshjelp², ble endret i 2020.

² <https://metodebok.no/index.php?action=book&book=fodselshjelp>

Tabell 14. Andelen igangsatte fødsler som ble igangsatt i Norge i tidsrommet 2015-2024

År	Totalt antall fødsler	Igangsatte fødsler (antall)	Igangsatte fødsler (%)*
2015	58 928	12 316	20,9
2016	59 121	12 872	21,8
2017	56 554	12 826	22,7
2018	55 072	13 083	23,8
2019	54 409	14 201	26,1
2020	52 903	14 315	27,1
2021	55 898	15 864	28,4
2022	51 296	14 918	29,1
2023	51 849	15 409	29,7
2024	53 708	16 000	29,8
Gjennomsnitt	54 974	14 180	25,8

* Oppgis i prosent av alle fødsler samme år

Tabell 15. Andelen fødsler som ble igangsatt i 2024 fordelt på fødeinstitusjon

Navn på fødeinstitusjon	Fødsler (antall)	Igangsatte fødsler (antall)	Igangsatte fødsler (%)*
Hele Norge	53 539	16 000	29,9
Sykehuset Telemark HF	1 440	450	31,3
Sørlandet sykehus HF	3 081	913	29,6
Oslo universitetssykehus HF	8 281	2 532	30,6
Vestre Viken HF	4 741	1 347	28,4
Akershus universitetssykehus HF	5 651	1 703	30,1
Sykehuset Innlandet HF	2 457	706	28,7
Sykehuset Østfold HF	3 067	955	31,1
Helse Stavanger HF	4 119	1 195	29,0
Helse Fonna HF	1 665	575	34,5
Helse Bergen HF	4 810	1 495	31,1
Helse Førde HF	861	283	32,9
Helse Nord-Trøndelag HF	1 087	282	25,9
St. Olavs Hospital HF	3 721	1 081	29,1
Helse Møre og Romsdal HF	2 410	745	30,9
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1 807	473	26,2
Helse Finnmark HF	624	154	24,7
Nordlandssykehuset HF	1 303	403	30,9
Helgelandssykehuset HF	517	105	20,3

*Prosent av alle fødsler ved fødeinstitusjonen i 2024

3.4 Svangerskapsinduserte hypertensive tilstander

Svangerskapsinduserte hypertensive tilstander er tilstander som påvises i svangerskap og som er relatert til høyt blodtrykk hos den gravide. Etter en økning rundt tusenårsskiftet var det en tydelig nedgang i andelen kvinner registrert med svangerskapsinduserte hypertensive tilstander per kvinner som fødte barn samme år frem til rundt 2015. Deretter har andelen økt

fra 4,1 prosent i 2015 til 5,0 prosent de siste tre årene. Tallene fra 2024 føyer seg til trenden der en litt økende andel av gravide kvinner som utvikler preeklampsi (svangerskapsforgiftning) (tabell 16). De siste årene er den laveste registrerte andelen av gravide med preeklampsi 2,5 prosent (2019), mens tilsvarende tall var 3,1 prosent i 2023 og 2024. Totalt 1,9 prosent av de fødende kvinnene i 2023 og 2024 fikk diagnosen høyt blodtrykk i svangerskapet, økende fra 1,6 prosent for ti år siden. De kliniske retningslinjene for hvordan diagnosen preeklampsi settes ble endret i Norge i 2020, noe som kan ha påvirket den registrerte forekomsten av tilstanden. De sjeldne, men alvorlige tilstandene eklampsi og HELLP (en tilstand som kjennetegnes ved øket grad av nedbryting av røde blodceller (hemolyse), høye leverprøver, og lave blodplatenivåer), er fortsatt sjeldent forekommende i Norge, med eklampsi rapportert i 0,03 prosent og HELLP i 0,12 prosent av alle svangerskap i 2024.

Tabell 16. Hypertensive svangerskapstilstander. Andel per 1000 fødsler i perioden 2015-2024 der kvinnen fikk påvist enten svangerskaphypertensjon, preeklampsi, eklampsi, eller HELLP

År	Svangerskaphypertensjon (per 1000)*	Preeklampsi (per 1000)*	Eklampsi (per 1000)*	HELLP (per 1000)*
2015	15,1	26,5	0,4	1,4
2016	15,6	27,2	0,3	1,3
2017	16,4	26,3	0,2	1,2
2018	16,8	26,9	0,2	1,0
2019	17,0	25,2	0,3	1,3
2020	17,7	26,0	0,2	1,4
2021	18,7	28,3	0,2	1,6
2022	20,9	29,5	0,4	1,2
2023	19,2	31,1	0,3	1,2
2024	18,9	31,0	0,3	1,2
Gjennomsnitt	17,6	27,8	0,3	1,3

*Oppgis som andel per 1000 fødsler samme år
HELLP; svangerskapsrelatert tilstand som kjennetegnes ved hemolyse, høye leverprøver, lave blodplatenivåer

3.5 Diabetes

Andelen gravide kvinner som har diabetes øker, og hovedårsaken er at stadig flere diagnostiseres med svangerskapsdiabetes. I 2024 hadde 7,4 prosent av alle fødende kvinner svangerskapsdiabetes, mens tilsvarende tall lå på 3,8 prosent i 2014 og 4,5 prosent i 2015 (tabell 17). Andelen kvinner registrert med svangerskapsdiabetes har økt med 2,9 prosentpoeng det siste tiåret, til 7,4 prosent av alle fødende kvinner i 2024.

Dette gjelder også for førstegangsfødende, der andelen med svangerskapsdiabetes har steget med 2,7 prosentpoeng, fra 4,1 prosent i 2015 til 6,8 prosent i 2024 (tabell 18). Forekomsten av diabetes type 1 og type 2 blant gravide kvinner har også økt noe i det siste tiåret, men det er fortsatt en mindre andel fødende kvinner som går inn i svangerskapet med en diabetes-diagnose, henholdsvis 0,55 prosent og 0,32 prosent.

Tabell 17. Forekomst av diabetes blant gravide kvinner per 1000 fødsler i Norge i 2015-2024*

År	Diabetes type1	Diabetes type2	Uspesifisert type diabetes	Svangerskapsdiabetes
2015	4,6	2,2	0,1	45,0
2016	3,7	1,8	0,1	52,0
2017	4,7	2,1	0,1	50,7
2018	4,1	1,9	0,1	50,0
2019	4,3	2,2	0,1	50,9
2020	4,9	2,2	0,1	59,3
2021	5,2	2,2	0,0	62,8
2022	5,6	2,8	0,0	65,3
2023	5,4	2,7	0,1	70,6
2024	5,5	3,2	0,0	73,6
Gjennomsnitt	4,8	2,3	0,1	57,7

*Oppgis som andel per 1000 fødsler samme år

Tabell 18. Diabetes hos førstegangs fødende kvinner per 1000 fødsler i Norge i 2015-2024*

År	Diabetes type1	Diabetes type2	Uspesifisert type diabetes	Svangerskapsdiabetes
2015	5,3	1,8	0,0	41,0
2016	3,7	1,3	0,0	47,9
2017	4,8	1,7	0,0	46,9
2018	4,2	1,2	0,0	47,4
2019	4,9	1,6	0,1	45,7
2020	5,1	1,8	0,1	54,5
2021	6,1	1,4	0,0	56,0
2022	5,8	2,2	0,0	60,7
2023	5,5	1,8	0,0	66,1
2024	6,2	2,5	0,0	68,2
Gjennomsnitt	5,2	1,7	0,0	53,3

*Oppgis som andel per 1000 fødsler samme år

Den betydelige økningen vi ser registrerte svangerskapsdiabetesdiagnoser reflekterer ikke nødvendigvis at så mange flere kvinner har utviklet svangerskapsdiabetes de siste årene. I løpet av det siste tiåret har landets fødeinstitusjoner gradvis innført de nyeste versjonene av melding til MFR, noe som kan ha ført til riktigere innmelding av diagnosen. I tillegg har de faglige retningslinjene for å sette diabetesdiagnosen generelt og i svangerskap endret seg i tidsrommet, slik at øvre normalgrense for blodsukternivåer har blitt lavere. Dermed vil flere som tidligere hadde blitt klassifisert med «normalt blodsukker» nå få diabetesdiagnosen. I tillegg undersøkes betydelig flere av de gravide for svangerskapsdiabetes, i tråd med endringer i nasjonale retningslinjer. I de siste 20 årene har det også vært en økende bevissthet rundt tilstanden svangerskapsdiabetes i svangerskapsomsorgen, slik at flere kvinner henvises til utredning, og færre kvinner går gjennom svangerskapet med uerkjent og ubehandlet svangerskapsdiabetes. Selv om dette kan forklare noe av den betydelige økningen i svangerskapsdiabetes, kan ikke hele stigningen i antall kvinner som får diagnosen tilskrives

andre faktorer. Dermed må vi anta at en stadig økende andel av kvinner i Norge utvikler svangerskapsdiabetes, både i sitt første og i senere svangerskap.

3.6 Dødfødsler

Trenden med at dødfødsler forekommer sjeldnere fortsetter. Andelen av svangerskap med varighet over 22 uker som ender med død før fødsel har ligget relativt stabilt det siste tiåret. I 2024 lå andelen dødfødsler på 0,26 prosent og var dermed det lavest registrerte i MFR - tilsvarende 2022-tallet, da andelen var 0,27 prosent. Frem til 1978 var over 1,7 prosent av alle som ble født i Norge dødfødte (tabell 19 og MFRs statistikkbank).

Tallene er tilsvarende lave for alle helseregioner, med noen årlige variasjoner. I 2024 lå tallene mellom 2,4 per 1000 i Helse Sør-Øst og 3,4 per 1000 i Helse Nord. Noe av grunnen til variasjon og endringer mellom foretak fra år til år er at det i Norge er få fødsler som ender med fosterdød i forhold til det totale antall fødsler. Relativt små endringer i tall vil dermed medføre tydelig utslag på statistikken. Sammenlignet med tall fra andre land, har Norge få dødfødte per 1000 fødte barn.

Tabell 19. Dødfødte per 1000 fødte barn i perioden 2015-2024

År	Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
2015	3,6	3,8	3,2	3,8	4,4
2016	3,6	4,0	3,6	3,3	2,9
2017	3,1	3,1	3,7	2,7	3,5
2018	3,5	2,7	4,0	3,0	5,4
2019	3,2	2,9	3,2	2,7	2,3
2020	3,1	2,8	3,0	3,5	4,0
2021	3,1	3,4	3,1	3,1	2,2
2022	2,7	2,8	2,4	2,6	3,9
2023	2,9	3,0	2,8	3,3	2,7
2024	2,6	2,4	2,8	3,1	3,4
Gjennomsnitt	3,1	3,1	3,2	3,1	3,5

3.7 Neonatal dødelighet

Definisjon: Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer neonatal dødelighet som dødsfall i løpet av de første 4 ukene etter fødsel. MFR oppgir i tillegg tall for dødsfall det første leveåret.

Få barn dør også etter fødselen (neonatale dødsfall) i Norge, sammenlignet med internasjonale tall. I løpet av den siste tiårsperioden har det totalt sett i Norge vært rundt 2 dødsfall i det første leveåret per 1000 levendefødte barn. For å kunne utgi tall for hvor mange som dør det første leveåret, må vi vente til alle barn født til og med 31. desember har fått mulighet til å leve ett helt år. Dødelighet i første leveår kan dermed ikke beregnes for årgangen 2024 før utgangen av 2025. For årgangen 2023 var tallet 2,1 per 1000 levendefødte barn. Andelen av levendefødte barn som døde i første levedøgn i 2024 lå på 0,8 per 1000. Tilsvarende tall for de som døde første måned etter fødselen var 1,5 per 1000 levendefødte barn. Også disse tallene har vært noenlunde stabile den siste tiårsperioden (tabell 20).

Tabell 20. Andelen dødsfall det første leveåret i perioden 2015-2024 for levendefødte barn

År	Døde første måned etter fødselen (Per 1000*)	Døde første leveår, samlet (Per 1000*)	Døde første døgn (Per 1000*)	Døde i første leveuke (Per 1000*)	Døde 1-4 uker etter fødselen (Per 1000*)	Døde mellom 29 dager og 12 måneder etter fødselen (Per 1000*)
2015	1,5	2,2	0,7	0,5	0,3	0,7
2016	1,4	2,1	0,6	0,4	0,5	0,7
2017	1,6	2,3	0,9	0,4	0,3	0,6
2018	1,7	2,3	0,8	0,5	0,4	0,7
2019	1,3	1,9	0,6	0,3	0,4	0,6
2020	1,3	1,7	0,4	0,4	0,4	0,4
2021	1,4	1,9	0,5	0,5	0,4	0,5
2022	1,4	1,9	0,5	0,6	0,3	0,5
2023	1,4	2,1	0,6	0,4	0,4	0,7
2024	1,5	***	0,8	0,4	0,4	***

* Oppgis i andel per 1000 levendefødte

** Oppgis i andel per 1000 levende barn ved inngangen til tidsrommet som oppgis

*** Kan ikke oppgis for 2023 før utgangen av 2024

3.8 Medfødte misdannelser

I 2024 ble definisjonen av flere av gruppene av medfødte misdannelser, inkludert større misdannelser, endret for å gjenspeile definisjonene i EUROCAT sin retningslinje v1.5 (https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat_en). Det ble oppdaget enkelte feilregistreringer, og misdannelsesvariablene som var påvirket ble korrigert. For mer informasjon, se MFRs nettsider på FHI.no.

Misdannelser kan påvises både i løpet av svangerskapet og etter fødselen. Når misdannelsene påvises i løpet av svangerskapet vil en del gravide velge å avbryte svangerskapet etter svangerskapsuke 12. Når MFR oppgir hvor mange som fikk påvist misdannelser, bruker vi fostre og barn fra alle registrerte svangerskap, inkludert de som avbrytes pga. misdannelser, som grunnlag for beregningene. Andelen av barn og fostre som samlet registreres med en eller flere misdannelser (alle typer) har de foregående årene stort sett ligget uendret på rundt 4,6 prosent av alle fostre/barn. I 2024 gjaldt dette 4,0 prosent av fostre/barn. En del hadde kombinasjoner av flere typer misdannelser, og det samme foster/barn kan dermed være talt med i flere av tilstandene listet i tabell 22.

Andel med større misdannelser (major anomalies), definert i henhold til EUROCAT sine retningslinjer (https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat_en), har også ligget stabilt rundt 2,4 prosent i perioden 2015-2024.

Tabell 21. Grunnlagstall brukt i beregningene inkluderer spontanaborter, fødte barn, og nemndbehandlete svangerskapsavbrudd pga. sykdom/misdannelse hos fosteret, alle med minst 12 ukers svangerskapsvarighet.

	Totalt antall	Levendefødt (antall)	Dødfødt / spontanabortert (antall)	Nemndbehandlet abort (antall)
Grunnlagstall	55 126	54 332 (98,6%)	375 (0,7%)	417 (0,8%)

Tabell 22. Antall misdannelser registrert i MFR for Norge for året 2024

Misdannelse	Totalt	Levendefødte	Dødfødt	Nemndbehandlete aborter
Alle registrerte medfødte misdannelser	2 221	1 838	19	364
Nevralrørsdefekt	41	8	0	33
Anencefali	17	4	0	13
Spina bifida	22	4	0	18
Encefalocoe	2	0	0	2
Hjertemisdannelse*	352	278	2	72
Isolert ganespalte	30	26	0	4
Leppespalte, evt. med ganespalte	43	34	0	9
Hypospadi	92	92	0	0
Reduksjonsdefekt i armer/bein	20	7	0	13
Klumpfot	57	53	0	4
Omfalocoe	19	8	0	11
Gastroschise	11	7	0	4
Kromosomavvik	248	49	8	191
Trisomi 21 syndrom	153	34	4	115

* Definisjonen for hjertemisdannelser inneholder ICD-10 kodene fra følgende kodegrupper (kategori-blokker): Q20: Medfødte misdannelser i hjertets kamre og forbindelser, Q21: Medfødte misdannelser i hjerteskillevegger, Q22: Medfødte misdannelser i pulmonalklaff og trikuspidalklaff, Q23: Medfødte misdannelser i aortaklaff og mitralklaff, Q24: Andre medfødte misdannelser i hjertet, Q25: Medfødte misdannelser i store arterier, Q26: Medfødte misdannelser i de store vener. I denne tabellen inkluderer diagnosen hjertemisdannelse ikke hjertefeil som persisterende ductus arteriosus, persisterende foramen ovale eller pulmonalarteriestenose hvis barnet er født for tidlig (før svangerskapsuke 37), eller persisterende venstre vena cava superior, uavhengig av svangerskapslengde.

I tabell 22 listes de 14 gruppene av medfødte misdannelser som vi har et ekstra fokus på. I 2024 utgjorde disse 41,6 prosent av alle misdannelser som ble registrert i MFR, og 68,8 prosent av alle registrerte større misdannelser. I samsvar med trender de siste årene var hjertemisdannelser og kromosomavvik fortsatt de vanligste misdannelsestypene av de 14 utvalgte gruppene av tilstander.

I gruppen av levendefødte barn med misdannelser ser vi at en mindre andel dør i løpet av det første leveåret enn for ti år siden (tabell 23), selv om det er en betydelig større dødelighet i denne gruppen enn for alle levendefødte barn. Siden tall for barn født med misdannelser er relativt små og små endringer dermed kan påvirke andelen betydelig, må resultatene tolkes med forsiktighet. Mens 2,6 prosent døde i første leveår i 2015, sank andelen gradvis til 1,4

prosent i 2022, der det stabiliserte seg rundt 1,7 i 2023 (tabell 23). Tall for 2024 foreligger ikke for overlevelse det første leveåret. Imidlertid ser man at andelen som døde etter fødselen sank i perioden 2015-2023 for første levedøgn, første leveuke, og første måned etter fødselen.

I 2024 gikk andelen levendefødte barn med en eller flere misdannelser, som døde første døgn og innen de første 4 ukene, opp igjen til de nivåer man så i 2014-2015. Andelen av de levendefødte barna som døde første leveuke lå imidlertid stabilt.

Tabell 23. Overlevelse i perioden 2015-2024 for levendefødte barn med misdannelser

År	Levendefødte med misdannelser (antall)	Døde første døgn (antall)	Døde første døgn (per 1000)	Døde første leveår (antall)	Døde første leveår (Per 1000*)
2015	2 360	15	6,4	62	26,3
2016	2 299	10	4,3	58	25,2
2017	2 098	19	9,1	55	26,2
2018	2 281	12	5,3	44	19,3
2019	2 069	8	3,9	43	20,8
2020	2 208	6	2,7	27	12,2
2021	2 271	11	4,8	44	19,4
2022	2 083	6	2,9	28	13,4
2023	1 920	4	2,1	33	17,2
2024	1 838	11	6,0	**	**

*Oppgis per 1000 levendefødte med medfødte misdannelser

**Kan ikke oppgis for 2024 før utgangen av 2025

De fleste misdannelsene er registrert enten hos levendefødte barn eller i svangerskap som ender med svangerskapsavbrudd. Kun 0,8% av alle registrerte misdannelser finnes hos spontanaborterte fostre eller dødfødte barn. En lav andel av spontanaborterte fostre og dødfødte barn obduseres, noe som kan medføre en underdiagnosering og dermed under-rapportering av misdannelser til MFR.

Kromosomavvik har de siste årene blitt påvist i økende grad blant svangerskapene som varer over 12 uker. I 2015 var forekomsten 0,3 prosent av alle som ble registrert i MFR (enten de ble registrert som fødte barn eller aborterte fostre over 12 svangerskapsuker) mens forekomsten lå på 0,45 prosent i 2024. Det er en synkende andel av kromosomavvik som er registrert på levendefødte barn. Mens 45,5 prosent av registrerte kromosomavvik i 2015 var registrert på levendefødte barn i 2015, lå andelen i 2024 på 19,6 prosent av alle registrerte kromosomavvik. En stadig større andel av svangerskap der fosteret har kromosomavvik ender med svangerskapsavbrudd.

Forekomst av hjertemisdannelser har ligget relativt stabilt de siste ti år, med en forekomst som har variert mellom 7,3 per 1000 fostre/barn (i 2015 og 2018) og 6,5 per 1000 fostre/barn (i 2017) (tabell 24). I 2024 var forekomsten 6,6 per 1000 fostre/barn.

Andelen fostre/fødte barn registrert med trisomi 21 har også økt gradvis det siste tiåret, fra 2,0 per 1000 i 2015 til 3,4 per 1000 i 2023 (tabell 24). Andelen sank igjen i 2024, og lå da på 2,7 per 1000 fostre/fødte. Grunnet små tall, vil relativt små endringer i totaltallene kunne endre andelen betydelig, og trender må derfor refereres til med forsiktighet. Utviklingen av fosterdiagnostikk, inkludert NIPT, gjør at trisomidiagnosen i større grad kan stilles tidlig i

svangerskapet, og oftere enn før er dermed diagnosen nå kjent før fødselen. Dersom NIPT og tidlig ultralydundersøkelse utføres før svangerskapsuke 12 i et svangerskap som ender med selvbestemt abort, vil informasjon om eventuelle misdannelser ikke registreres i MFR.

Tabell 24. Forekomst blant alle registrerte fostre/fødte i perioden 2015 – 2024 av større misdannelser og hjertemisdannelser ifølge EUROCAT-definisjonene, og av kromosomavviket trisomi 21

År	Større misdannelser* (Per 1000 fostre/fødte)	Hjertemisdannelser (Per 1000 fostre/fødte)	Trisomi 21 (Per 1000 fostre/fødte)
2015	25,9	8,1	2,1
2016	25,1	7,5	2,3
2017	25,2	8,3	2,3
2018	26,8	8,5	2,3
2019	25,6	8,3	2,5
2020	25,0	7,7	2,8
2021	25,2	8,1	2,1
2022	26,8	7,8	3,3
2023	24,8	7,4	2,7
2024	23,6	6,4	2,8

*Ifølge EUROCAT sin definisjon for «Major anomalies»

Som for gruppen kromosomavvik er det en nedadgående trend det siste tiåret i hvor stor andelen av de registrerte trisomi 21-diagnoser (en type kromosomavvik) som er registrert blant levendefødte barn versus aborterte fostre. Medisinsk fødselsregister har ikke informasjon om hvorvidt diagnosen er satt i svangerskap eller etter fødselen. Tidligere forskning har imidlertid vist at rundt 90 prosent av kvinnene som får påvist trisomi 21 i svangerskapet, velger å avslutte svangerskapet³. Den økende andelen svangerskap registrert med trisomi 21 som ender med svangerskapsavbrudd, henger dermed sannsynligvis sammen med en stadig økende og bedret diagnostikk av fostrene i løpet av svangerskapet versus etter fødselen.

³ Aasen HM et al. Trisomi 21 – insidens, diagnostikk og svangerskapsavbrudd 1999–2018. Tidsskrift for den norske legeforening. 2021

3.9 Større fødselsrifter i bekkenbunnsmusklene

En del kvinner opplever å få rifter i bekkenbunnsmuskulaturen når de føder, såkalte større rifter, som graderes til grad 3-4. Over to tiår har fødselshjelperne hatt øket fokus på å unngå denne komplikasjonen. Færre fødende kvinner opplever i dag å få større rifter. Andelen rifter var høyest i tidsrommet 2002-2004 da 4,2 prosent av kvinnene som fødte vaginalt opplevde denne komplikasjonen. Den nedadgående trenden har dermed flatet av fra og med årene 2017-2018, og andelen som får større rifter blant de kvinnene som føder vaginalt har siden ligget rundt 1,6 prosent. Også i 2024 lå tallet på 1,6 prosent av alle vaginale fødsler (tabell 25). Førstegangsfødende kvinner har øket risiko for slike rifter, og etter at en stadig mindre del av førstegangsfødende har opplevd denne komplikasjonen, økte andelen i 2023 til 3,0 prosent. I 2024 lå andelen igjen på 2,6 prosent, tilsvarende årene før 2023. Tallene for flergangsfødende har ligget stabilt rundt 0,9 prosent av alle som føder vaginalt.

Tabell 25. Antall og prosent av fødende kvinner som fikk en større bekkenbunnsrift (grad 3-4) ved en vaginal fødsel i perioden 2015-2024

År	Vaginale fødsler	Større rift (antall)	Større rift (%)	1.fødende med større rift (antall)	1.fødende med større rift (%)	Flergangs-fødende med større rift (antall)	Flergangs-fødende med større rift (%)
2015	49 483	875	1,8	600	2,9	275	1,0
2016	49 613	890	1,8	604	2,9	286	1,0
2017	47 525	784	1,6	567	2,9	217	0,8
2018	46 340	752	1,6	515	2,7	237	0,9
2019	45 739	716	1,6	511	2,7	205	0,8
2020	44 554	690	1,5	496	2,7	194	0,7
2021	47 166	736	1,6	508	2,6	228	0,8
2022	43 048	692	1,6	473	2,6	219	0,9
2023	43 517	775	1,8	563	3,1	212	0,8
2024	44 977	730	1,6	503	2,6	227	0,9
Gjennomsnitt	46 196	764	1,7	534	2,8	230	0,9

3.10 Bruk av epidural og spinalbedøvelse ved vaginale fødsler

Den samlede bruken av epidural- og spinalbedøvelse (ryggbedøvelse) ved vaginale fødsler har økt fra 35,3 prosent til 48,8 prosent de siste ti årene (tabell 26). Selv om det er økning i bruk av begge typer bedøvelse, er det betydelig flere av kvinnene som føder som får epiduralbedøvelse. Dette utgjorde 46,0 prosent av alle som fødte vaginalt i 2024. Kvinner som forløses med keisersnitt er ikke inkludert i disse tallene. Den økende bruken av ryggbedøvelse ses både for førstegangs fødende og flergangs fødende. I hele perioden var det en høyere andel av de førstegangs fødende som fikk epiduralbedøvelse under en vaginal fødsel, og i 2024 fikk 63,5 prosent av alle som fødte sitt første barn vaginalt epiduralbedøvelse. Blant kvinnene som hadde født før, ble 33,3% gitt epiduralbedøvelse da de fødte sitt neste barn i 2024.

Tabell 26. Bruk av epidural- og spinalbedøvelse hos kvinner som fødte vaginalt i 2015-2024

År	Vaginale fødsler (antall)	Epidural (%)	Spinal (%)	Epidural 1.fødende (%)	Spinal 1.fødende (%)	Epidural flergangs-fødende (%)	Spinal flergangs-fødende (%)
2015	49 483	35,8	1,7	51,2	1,8	24,8	1,6
2016	49 613	36,8	1,9	53	2	25,2	1,8
2017	47 525	38,5	1,9	55,1	2,1	27	1,7
2018	46 340	40,1	2,2	56,7	2,3	28,4	2,1
2019	45 739	42,2	2,3	59,6	2,4	29,9	2,3
2020	44 554	43,2	2,4	60,6	2,4	30,7	2,5
2021	47 166	43,6	2,9	61,1	3,1	31,3	2,9
2022	43 048	44,6	3,1	62,2	3,2	31,8	2,9
2023	43 517	45,6	3,2	63,1	3,1	32,7	3,3
2024	44 977	46,0	3,5	63,5	3,4	33,3	3,5
Gjennomsnitt	46 196	41,5	2,5	58,5	2,6	29,4	2,4

3.11 Seteleie og fødemetode

De siste tiårene har andelen fostre som ligger i seteleie når de fødes, ligget relativt stabilt rundt 4,7 prosent (tabell 27). I de siste ti årene har andelen som forløses vaginalt økt fra 34,2 prosent i 2015 til 39,0 prosent i 2024. Det er store forskjeller mellom fødeinstitusjonene, noe som til dels kan være forårsaket av praksis, men også formelle avtaler om hvor i regionen de planlagte keisersnittene skal utføres, og nasjonale retningslinjer for hvilke institusjoner som skal ta imot tvillingfødsler og fødsler før svangerskapsuke 34.

Tabell 27. Oversikt over hvor mange barn som lå i seteleie, og hvor stor andel som ble forløst vaginalt versus med keisersnitt i perioden 2015-2024

År	Barn født i seteleie (antall)	Av alle fødte (%)	Seteleier forløst vaginalt (%)	Seteleier forløst med keisersnitt (%)
2015	2 736	4,6	34,2	65,8
2016	2 711	4,5	32,0	68,0
2017	2 721	4,7	33,7	66,3
2018	2 552	4,6	32,4	67,6
2019	2 544	4,6	33,7	66,3
2020	2 596	4,8	37,1	62,9
2021	2 707	4,8	38,3	61,7
2022	2 422	4,7	38,1	61,9
2023	2 485	4,7	38,3	61,7
2024	2 538	4,7	39,0	61,0
Gjennomsnitt	2 601	4,7	35,6	64,4

3.12 Blødning i forbindelse med fødsel

Andelen kvinner som blør over en halv liter i forbindelse med fødselen har økt det siste tiåret, fra 24,6 prosent i 2015 til 36,3 prosent i 2024 (tabell 28). For de største blødningene over 1,5 liter eller der det er gitt blodoverføring uavhengig av blødningsmengde, ses tilsvarende trend. For ti år siden ble det registrert at 3,1 prosent av alle fødende kvinner opplevde store blodtap, mens 5,8 prosent ble registrert med store blødninger i 2024. Årsakene til blødningene rapporteres ikke til registeret.

Tabell 28. Antall og andel av fødende kvinner som har opplevd blødninger over 0,5 liter i forbindelse med fødsel i årene 2015-2024

År	Fødsler (antall)	Blødning over 500 mL (antall)	Blødning over 500 mL (%)	Blødning over 1500 mL* (antall)	Blødning over 1500 mL* (%)
2015	58 928	14 501	24,6	1 817	3,1
2016	59 121	15 024	25,4	1 930	3,3
2017	56 554	14 889	26,3	2 080	3,7
2018	55 072	15 802	28,7	2 289	4,2
2019	54 409	16 689	30,7	2 411	4,4
2020	52 903	16 241	30,7	2 291	4,3
2021	55 898	17 705	31,7	2 505	4,5
2022	51 296	17 181	33,5	2 545	5,0
2023	51 849	17 681	34,1	2 579	5,0
2024	53 708	19 498	36,3	3 114	5,8
Gjennomsnitt	54 974	16 521	30,1	2 356	4,3

*Her inkluderes også fødsler der kvinnen har fått blodoverføring under eller etter fødselen, uavhengig av det målte blodtapet

3.13 Kroppsmasseindeks for kvinnene som går gravide og føder barn

Svangerskapsomsorgen har fokus på kroppsmasseindeks (KMI) før og under en graviditet fordi både undervekt, overvekt og fedme kan medføre øket risiko for komplikasjoner i svangerskap, ved fødsel og i barseltiden. I tillegg har det vært diskutert hvorvidt stor vektøkning i løpet av svangerskapet også bidrar til en økt risiko for komplikasjoner. KMI klassifiseres i 6 grupper ifølge Verdens helseorganisasjon, WHO (Tabell 29)⁴.

Tabell 29. WHO sine definisjoner av vektgrupper basert på KMI⁴

Kroppsmasseindeks (KMI) kg/m2	Klassifisering
< 18,5	Undervekt
18,5-24,9	Normalvekt
25-29,9	Overvekt
30-34,9	Fedme grad 1
35-39,9	Fedme grad 2
≥40	Fedme grad 3

4. WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

2022 ble det første året der gjennomsnittet av gravide kvinner i Norge var overvektige før svangerskapets start. På landsbasis var da gjennomsnittlig KMI for fødekvinnene rapportert å ligge over 25 før de ble gravide. Trenden fortsatte i 2024. De fleste gravide (56,4 prosent) var likevel normalvektige med KMI mellom 18,5 og 25, mens den nest største gruppen (21,3 prosent) av de gravide hadde KMI 25-30 ved svangerskapets start (tabell 30).

Tabell 30. Antall gravide kvinner med informasjon om kroppsmasseindeks ved svangerskapets start i årene 2015-2024. Fordeling av kvinnene på KMI-grupper

År	Fødsler med KMI-informasjon (antall)	KMI < 17	17 <= KMI < 18,5	18.5 <= KMI < 25	25 <= KMI < 30	30 <= KMI < 35	35 <= KMI < 40	KMI >= 40
2015	43 686	286	1 588	27 272	9 454	3 491	1 140	455
2016	48 490	336	1 661	30 155	10 627	3 972	1 264	475
2017	48 558	337	1 669	29 892	10 720	4 040	1 354	546
2018	49 323	357	1 539	29 986	11 182	4 352	1 361	546
2019	49 561	319	1 515	29 666	11 370	4 595	1 502	594
2020	48 653	266	1 417	28 702	11 437	4 577	1 628	626
2021	52 316	265	1 432	30 425	12 547	5 024	1 835	788
2022	48 752	260	1 342	27 657	11 876	5 063	1 783	771
2023	49 906	270	1 235	28 127	12 307	5 219	1 934	814
2024	51 994	241	1 228	29 339	12 952	5 415	1 964	855
Gjen- nom- snitt	49 124	294	1 463	29 122	11 447	4 575	1 577	647

3.14 Assistert befruktning

Tall for bruk av assistert befruktning utgis for årganger frem til og med 2023. I tiårsperioden 2014-2023 var det en økende del av barna som ble født i Norge som var blitt til med hjelp av metoder for assistert befruktning. Andelen fødsler etter assistert befruktning økte fra 3,2 prosent i 2014 til 4,7 prosent i 2019. Etter et par stabile år steg tallene igjen, og i 2023 utgjorde fødsler etter assistert befruktning 5,5 prosent av alle fødsler. Institusjonene som tilbyr assistert befruktning har arbeidet bevisst med å redusere andelen av svangerskap der to befruktede egg settes inn i kvinnens livmor, og dermed redusere andelen tvillingsvangerskap som resulterer fra assisterte befruktningsforsøk. Tallene viser tydelige resultater, med en jevn reduksjon av antall tvillingfødsler i denne gruppen (tabell 31).

Tabell 31. Antall fødsler etter assistert befruktning i tidsrommet 2014-2023

År	Totalt antall fødsler	Fødsler med assistert befruktning	Tvillingfødsler etter assistert befruktning
2014	59 068	1 876	149
2015	58 928	1 839	139
2016	59 121	2 069	155
2017	56 554	2 087	115
2018	55 072	2 175	99
2019	54 409	2 573	117
2020	52 903	2 438	81
2021	55 898	2 616	85
2022	51 296	2 737	99
2023	51 849	2 832	80
Gjennomsnitt	55 510	2 324	112

3.15 Kikhostevaksine til gravide

MFR deltar i en arbeidsgruppe ved Folkehelseinstituttet med fokus på innføring av kikhostevaksine til gravide. De første erfaringer foreligger fra planlegging og innføring av kikhostevaksine for gravide i 2024, og arbeidsgruppen har oppsummert følgende:

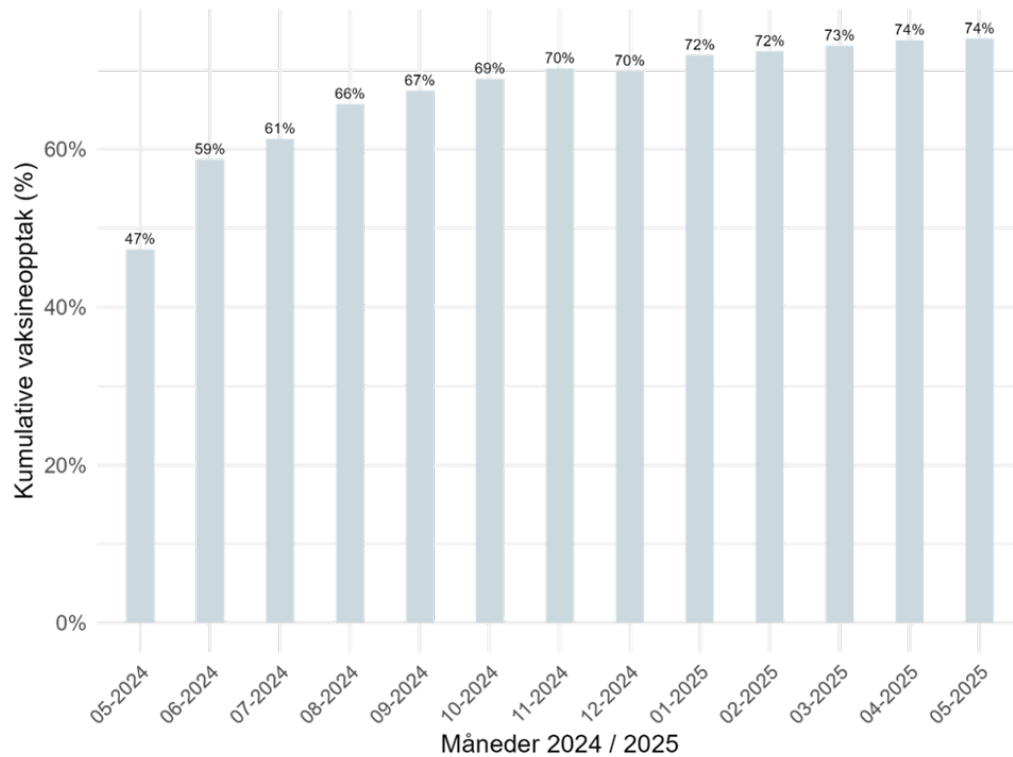
Vaksiner er et viktig virkemiddel for å beskytte mor og barn mot alvorlig infeksjon under svangerskapet og etter fødselen. Etter at H1N1 (svineinfluensa)-pandemien viste økt risiko for alvorlig sykdom hos mor og barn hos uvaksinerte, alle som er gravide i 2. eller 3. trimester i influensasessongen blitt anbefalt å ta influensavaksine siden 2009. Av samme grunn ble koronavaksine anbefalt i Norge til gravide i 2. og 3. trimester fra august 2021. Kikhostevaksine til mor i andre eller tredje trimester beskytter barnet mot alvorlige infeksjon i de første levemånedene. Kikhostevaksine til gravide ble systematisk innført i Norge fra mai 2024. I forbindelse med innføringen pågår det nå et samarbeid mellom de nasjonale helseregistrene for å gi bedre overvåking av vaksinedekning blant gravide, en systematisk overvåking av effekt og bivirkninger av vaksinen i denne gruppen, samt å sikre og dokumentere korrekt informasjon om svangerskap og vaksine i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) og MFR.

I dag er registrering av vaksiner i MFR utilstrekkelig. Dersom vaksinasjon omtales i fritekst i fødselsmeldingen kodes dette i MFR som legemiddel gitt i svangerskapet, men MFR har ikke kontrollert og dokumentert at opplysningene om vaksine er fullstendige for alle gravide. I Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) blir vaksiner og vaksinasjonsdato registrert systematisk, men registeret har ikke inneholdt opplysninger som viser om en kvinne som får vaksine også er gravid.

Det er en utfordring for fortløpende overvåking av gravide at MFR først registrerer en graviditet etter en abort eller en fødsel. For kvinner som føder til termin vil det innebære en forsinkelse på flere måneder for sesongvaksiner som blir gitt i andre trimester, og for kikhostevaksinen som er anbefalt gitt i svangerskapsuke 24. Registerkoblinger og klargjøring av data vil forsinke prosessen ytterligere. Dette betyr for eksempel at vaksinasjonsdekning for sesongvaksiner først kan beregnes etter at perioden for smitte er over.

Arbeidsgruppen ønsket derfor å undersøke andre kilder for å kunne identifisere pågående svangerskap. Derfor sammenstilte de fødsler meldt til MFR i tidsrommet 2018 til 2023 med ultralydkoder som er registrert for disse kvinnene i Norsk Pasientregister (NPR) for tidsrommet de var gravide. I forbindelse med innføringen av tidlig rutineultralud i 2022 opprettet NPR nye, spesifikke koder som skiller mellom rutineultralud i første trimester og rutineultralud i andre trimester. Foreløpige analyser viser at dekningsgraden var høy for rutineultralud av gravide i hele perioden. Etter innføring av de spesifikke kodene hadde 96,1% av kvinnene som fødte i perioden registrert minst en ultralydundersøkelse og 87,7% fikk gjennomført ultralydundersøkelse i 2. trimester ved anbefalt gestasjonsalder (uke 17-19). For overvåkingsformål er dermed rutineultralud i andre trimester en god måte å identifisere gravide som anbefales vaksine fra andre trimester.

Prosjektgruppen brukte deretter prosedyrekoden for rutineultralud i andre trimester til fortløpende analyser av deknningen for kikhostevaksine fra innføringen i mai 2024 til mai 2025. Vaksineopplysninger ble hentet fra SYSVAK og ultralydkodene fra NPR. Vaksineopptaket økte måned for måned, fra 47,3% av beregnet målgruppe i mai 2024 til 74,0% ved utgangen av mai 2025 (Figur 2). I de endelige analysene skal data også kobles til Medisinsk Fødselsregister. På lang sikt vil det også være viktig å kontrollere opplysningene i registrene mer grundig for korrekthet og at dette arbeidet dokumenteres både for framtidig overvåking og forskning.



Figur 2. Månedlig kumulativt kikhostevaksineopptak fra mai 2024 til og med mai 2025. Denne grafen inkluderer alle kvinner i svangerskapsuke ≥ 22 i observasjonsperioden som hadde registrert vaksinasjon i samme periode (N = 70 810). Kilder: NPR og SYSVAK

4 Nyhetssaker 2024

4.1 For første gang på lenge øker ikke alderen for førstegangsfødende

Få premature fødsler i Norge

De siste ti årene har andelen barn som fødes prematurt (før svangerskapsuke 37) ligget stabilt lavt. Denne trenden fortsetter også dette året. Totalt 6,18 prosent av barna som ble født i 2023 ble født prematurt.

– Som tidligere ligger de norske tallene en anelse høyere enn det vi ser i de andre nordiske landene¹, men de er lave i internasjonal sammenheng². Den lave andelen av barn som fødes svært prematurt indikerer at svangerskapsomsorgen og fødselshjelpen i Norge er generelt god, blant annet knyttet til oppfølging av risikosvangerskap, sier Vestrheim Thomsen.

Alle barn født før svangerskapsuke 37 regnes som født prematurt. Risikoen for pusteproblemer, infeksjoner, eller nevrologiske langtidsskader, varierer etter svangerskapets lengde. Risikoen er høyest for de aller yngste barna, under 28 svangerskapsuker.

Den høyeste risikoen har de aller yngste nyfødte, som fødes før svangerskapsuke 28. Denne gruppen utgjør nå 0,36 prosent av alle barn født i 2023. Barn født mellom svangerskapsuke 28 og 32 utgjør 0,91 prosent av alle fødslene i Norge.

Det fødes færre tvillinger i Norge i dag enn tidligere

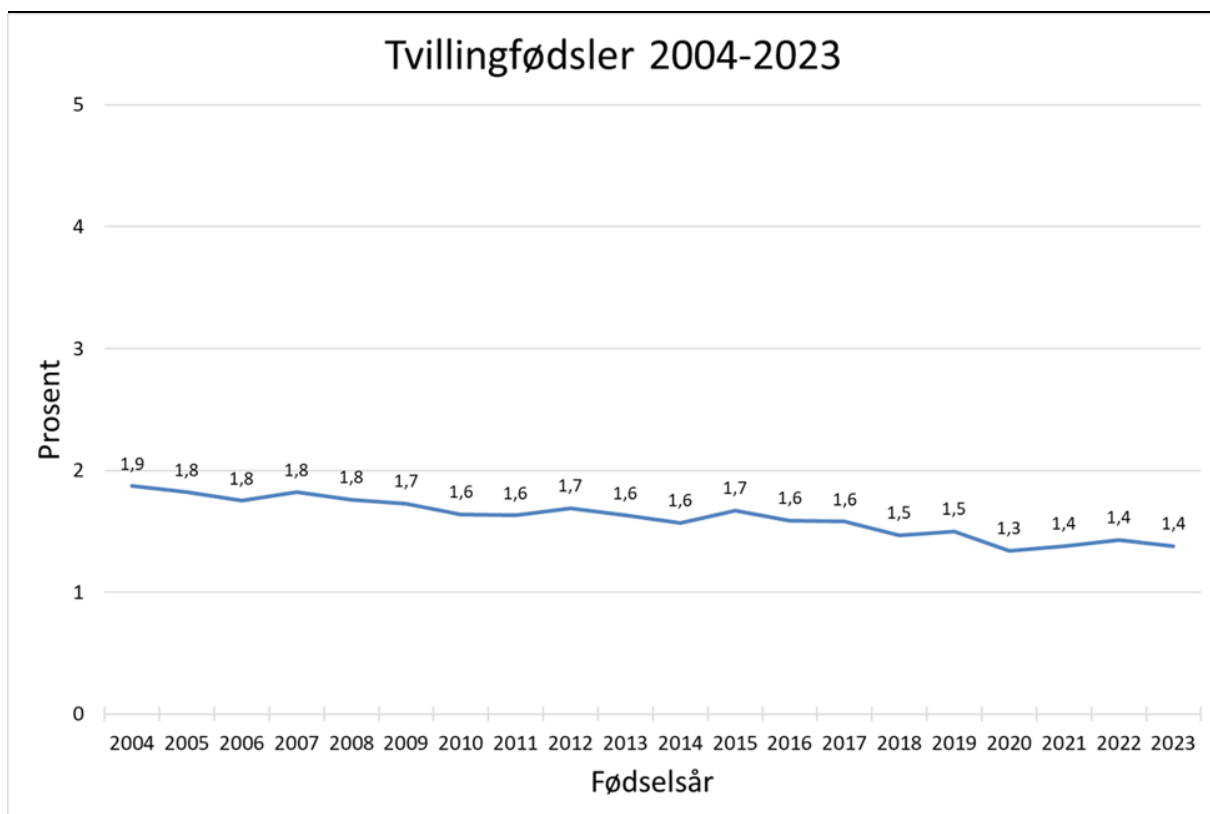
Andelen kvinner som føder tvillinger har gått gradvis ned de siste 20 årene. I 2023 utgjorde tvillingfødsler 1,4 prosent av alle fødsler i Norge, det vil si at 715 kvinner fødte tvillinger i fjor. For 20 år siden lå tallet på 1060.

Den nedadgående trenden på landsnivå er størst på Vestlandet, Møre og Romsdal, og Nordland, der det i fjor ble født over 40 prosent færre tvillinger enn for ti år siden.

En av årsakene er sannsynligvis nedgangen i hvor mange som føder tvillinger etter assistert befruktning (prøverørsforsøk). Der man tidligere satte inn to eller flere egg for å øke sjansen for at kvinnen blir gravid, har man over de siste årene kun satt inn ett ved assistert befruktning.

– Det å bære frem tvillinger gir litt øket risiko for kvinnen og barna. For eksempel har kvinnen høyere risiko for svangerskapsrelaterte sykdommer som høyt blodtrykk eller blodpropp. Det er en grunn til at man tar sikte på at kvinner som blir gravide ved hjelp av assistert befruktning skal bli gravid med ett foster, fastslår Vestrheim Thomsen.

Det vil også være en naturlig variasjon i antall tvillinger som fødes hvert år, siden det er relativt få tvillingfødsler.



Figuren viser hvor stor andel (i prosent) av alle fødsler tvillingfødsler utgjorde hvert enkelt år i tidsperioden fra 2004 til og med 2023.

Fødselstallene steg igjen i 2023

Etter at fødselstallene gikk opp under Covid-19 pandemien, så man et fall i 2022. Selv om antall barn født i Norge gikk opp med 1 prosent fra 2022 til 2023 og tallet endte på 51 824, synker antall fødsler per kvinner i fertil alder (15-49 år) på landsbasis.

Vi gjør oppmerksom på at antallet fødsler i 2023 allerede ble offentliggjort i februar.

I 28,1 prosent av alle fødsler i Norge er kvinnen selv født i andre land.

Som tidligere år, er de fleste av kvinnene som føder i Norge selv født i Norge (71,9 prosent). Kvinner født i Polen utgjorde 2,2 prosent av alle fødende. Kvinner fra Syria, Eritrea, Sverige, Somalia, Litauen, Filippinene og Ukraina bidro med 1 prosent hver til den totale fødepopulasjonen i 2023.

Økning i igangsatte fødsler

Fortsatt starter de fleste fødsler i Norge spontant (63,7 prosent). Vi ser likevel at økningen i andelen fødsler som settes i gang fortsetter.

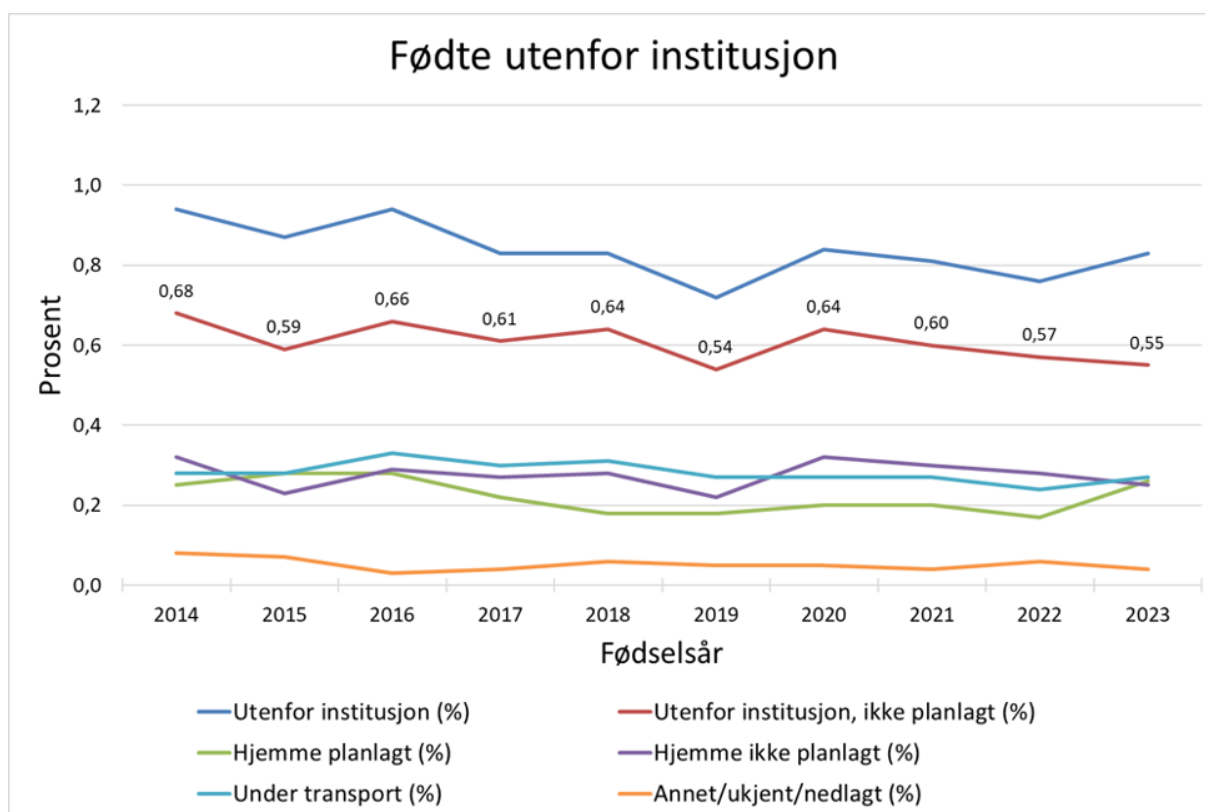
De siste ti årene har andelen kvinner som har fått satt fødselen i gang økt fra 20,3 prosent til 29,7 prosent av alle fødende.

– Denne økningen kan delvis forklares av nye retningslinjer for fødselshjelpen i 2020, som medfører at flere kvinner settes i gang når svangerskapet når 41 uker, i motsetning til tidligere. Da ble denne vurderingen oftest gjort for de kvinner der svangerskapet varte i 42 uker, sier Vestrheim Thomsen.

Fødsler utenfor institusjon

De siste ti årene har andelen fødsler utenfor en fødeavdeling eller fødestue (fødeinstitusjoner) ligget stabilt. I 2023, ble det født 434 barn utenfor fødeinstitusjon, det vil si 0,83 prosent av alle fødte barn det året.

– Det er verdt å legge merke til at et litt større antall kvinner (139 totalt) valgte å føde planlagt hjemme i 2023. Året før, 2022, var antallet 90, men de totale fødselstallene var også lavere det året.



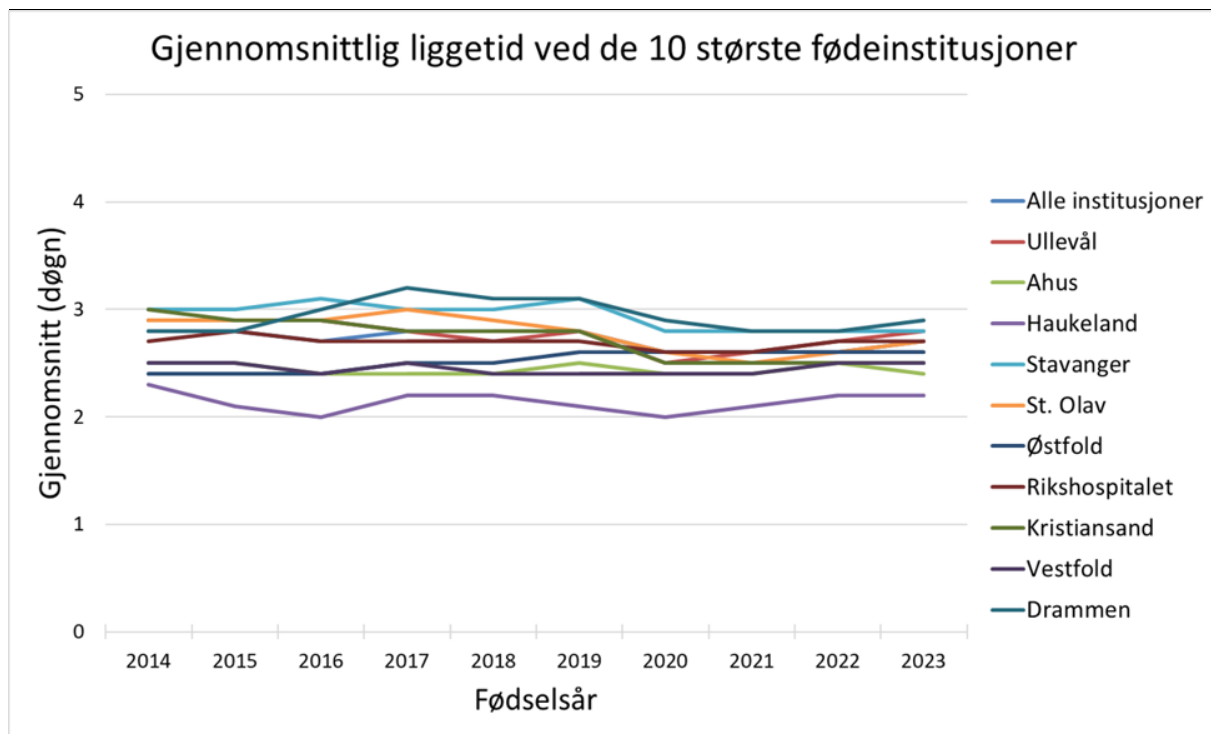
Figuren viser trendene for hvor stor andel av alle fødsler som skjer utenfor en fødeinstitusjon der man har planlagt for, og er bemannet for å ta imot fødsler. Illustrasjonen viser hvor mange prosent som føder utenfor fødeinstitusjon (på y-aksen), i tidsperioden 2013-2023 (på x-aksen). De forskjellige fødestedene utenfor fødeinstitusjon er vist med linjer i forskjellige farger.

Kortest liggetid på barsel på Haukeland

Tallene for liggetid i Norge har vært relativt stabile over den siste tiårsperioden. Dette gir mål på hvor lenge kvinner er innlagt i forbindelse med fødsel. Etter å ha vært på sitt laveste hittil under Covid-19-pandemien (2,6 døgn) stiger liggetiden på landsbasis nå tilbake mot slik det var før 2020. I 2023 lå en kvinne som hadde født i gjennomsnitt 2,7 døgn på en barselavdeling før hun ble utskrevet.

– Hvor lenge kvinnen skal, eller bør være innlagt på en barselavdeling er ofte diskutert. Liggetiden vil være lengre etter et keisersnitt enn etter en ukomplisert vaginal fødsel, og der komplikasjoner som for eksempel preeklampsi (svangerskapsforgiftning) eller infeksjon oppstår rett før, under, eller etter fødselen, sier Vestrheim Thomsen

Når man ser på de ti sykehusene med de største fødeavdelingene, så har Haukeland Universitetssykehus den laveste liggetiden (2,2 døgn), mens Drammen Sykehus har den lengste liggetiden (2,9 døgn).



Figuren viser hvor mange døgn i gjennomsnitt en kvinne har vært innlagt etter at hun har født for tidsperioden 2014-2023. Hver linje viser trenden for ett av de ti sykehusene i Norge med flest fødsler i 2023.

Dødfødsler

I 2023 var andelen dødfødsler lik året før. De fleste som dør før fødselen (66 prosent av alle dødfødsler), dør før svangerskapsuke 37, altså mens fosteret fortsatt regnes som prematurt. De resterende dødfødsleene fordeler seg til termin, slik at 20 prosent av alle dødfødsler finner sted mellom svangerskapsukene 37 og 40.

Om tallene

23. april 2024 ble tallene for 2023 offentliggjort. Mer informasjon og tall knyttet til mors og barnets helse offentliggjøres høst 2024. Dette inkluderer sykdommer hos kvinnen, medfødte misdannelser hos barn, og opplysninger om opphold ved barneavdelingene.

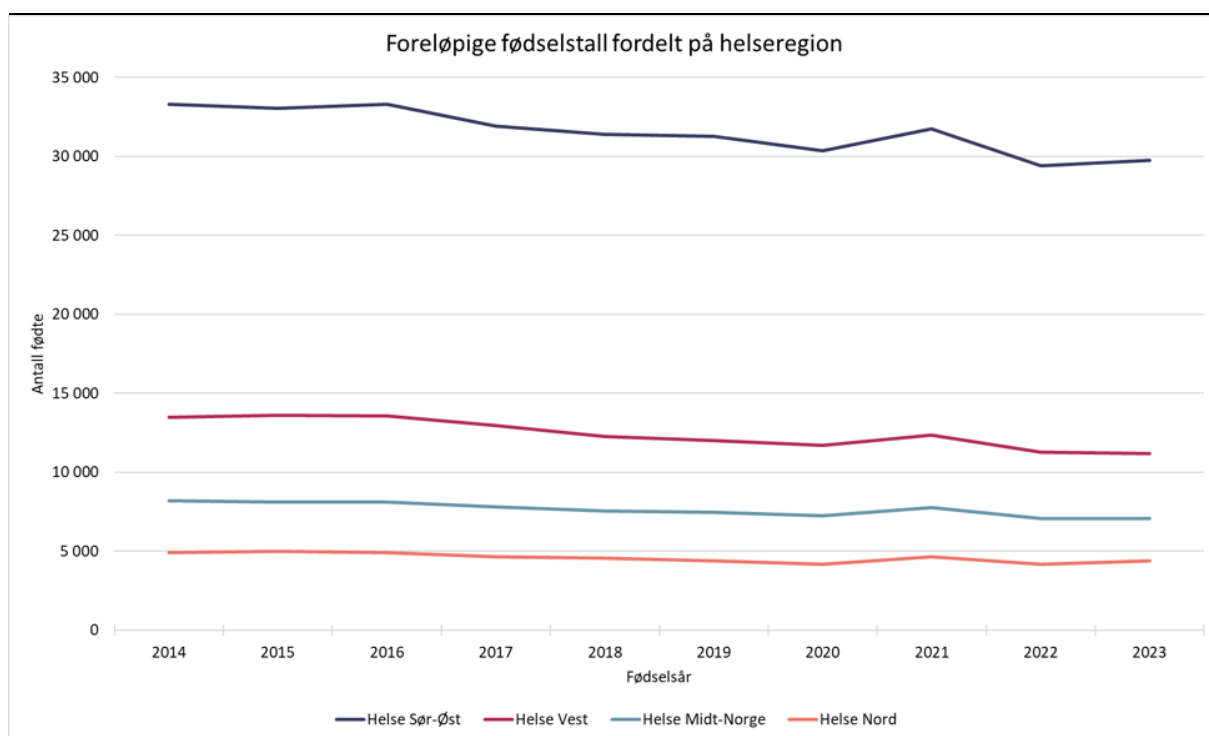
– De endelige fødselstallene for 2023 viser nok en gang at tilbudet i fødselshjelp er stabilt i Norge, med gode resultater for mange av de målte parametrene, avslutter Vestrheim Thomsen.

4.2 Økning i fødsler i 2023

Antall fødsler i 2023 gikk litt opp, og det ble født over 500 flere barn enn året før. Det viser foreløpige tall fra Medisinsk fødselsregister. Økningen var størst i nord.

FHI publiserer nå de foreløpige, norske fødselstallene for 2023. Mens første kvartal av 2023 viste en nedgang i fødsler sammenlignet med tidligere år, lå fødselstallene høyere resten av året.

I 2023 ble det totalt født 52 551 nye borgere, noe som er over 500 flere barn enn i 2022 (1 prosent økning).



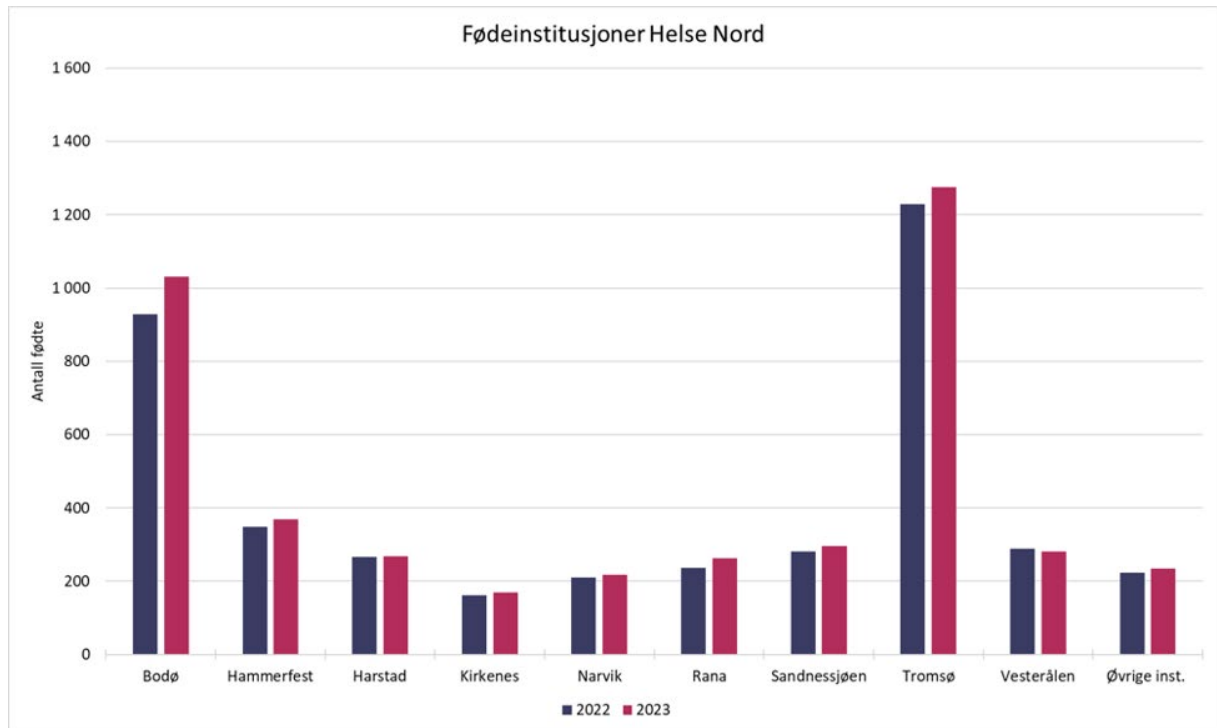
Antall fødte basert på helseregion (foreløpige tall)

Størst økning i nord

Noen av de regionale helseforetakene opplevde større økning enn andre.

– Hele 11 av 14 fødeinstitusjoner i Helse Nord opplevde oppgang i antall fødsler, og Bodø utmerket seg med hele 11 prosent økning i forhold til 2022-tallene, sier Ferenc Macsali, overlege og forsker i Medisinsk fødselsregister ved Folkehelseinstituttet.

I Helse Nord som helhet var det en økning av fødsler på 5,6 prosent. Det vil si at 232 flere nordlendinger ble født i 2023 sammenlignet med året før. Totalt ble det født 4 401 i Helse Nord.



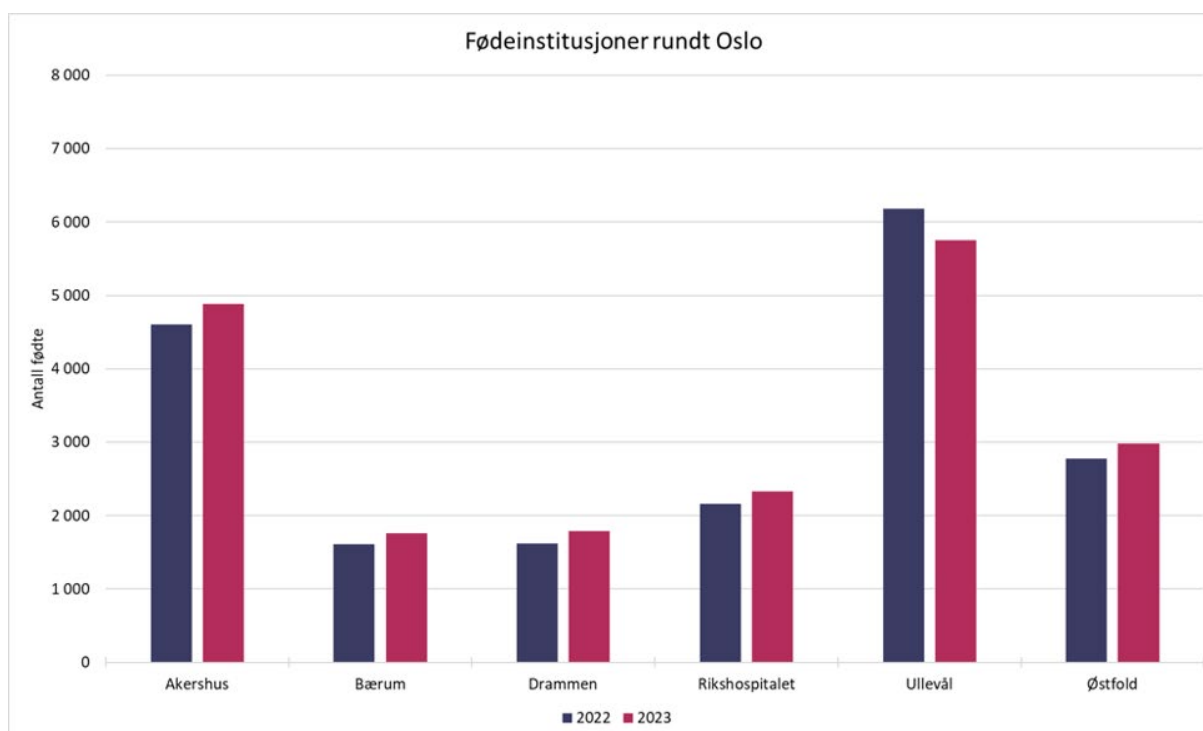
Antall fødte per fødeinstitusjon i Nord-Norge.

Færre fødsler på Ullevål i Oslo

Helse Sør-Øst regionale helseforetak hadde en oppgang i fødselstallene på 1,2 prosent mens Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde en nedgang på respektive 0,8 og 0,2 prosent.

Fødselstallet i Osloregionen har steget, samtidig som det har skjedd en forskyving mellom fødeinstitusjonene i Osloområdet. Mens Ullevål hadde 400 færre fødsler i 2023, sammenlignet med året før, øker fødselstallene for alle nærliggende sykehus, inkludert de i Drammen, Bærum, Rikshospitalet, Akershus og Østfold.

– Nedleggelsen av ABC-enheten ved Ullevål sykehus i 2023 kan ha spilt inn på hvor kvinnene i Osloregionen fødte sine barn i 2023, uttrykker Macsali.



Kvinner er eldre når de får barn

I 2023 lå gjennomsnittsalderen for kvinner i Norge som får sitt første barn stabilt fra året før på 30,2 år, mens for kvinner som fikk sitt andre eller tredje barn steg gjennomsnittsalderen fra 32,7 år i 2022 til 33,0 år i 2023. For ti år siden lå tilsvarende tall for Norge på 28,7 år for de som fikk sitt første barn, og 32,0 år for flergangsfødende.

Foreløpige tall

Medisinsk fødselsregister ved FHI publiserer nå foreløpige fødselstall hvert kvartal, og dette er statistikk om utvalgte opplysninger rundt fødsel som i liten grad trenger ytterligere kvalitetssikring ved registeret. De endelige fødselstallene for 2023-årgangen vil bli publisert 23. april 2024 sammen med kvalitetssikrede opplysninger om svangerskap, fødsel og barnet. Forhold rundt mors og barnets helse blir publisert høsten 2024.

4.3 Flere fødende blir igangsatt for å unngå dødfødsler

De siste 20 årene har andelen fødsler som blir igangsatt blitt doblet, fra under 14 prosent i 2004, til nå nærmere 30 prosent av alle fødsler. Igangsettelse av kvinner som går over termin har også økt i samme periode.

Ved enkelte svangerskap vil det være behov for å sette i gang en fødsel før kroppen selv er klar for det, av hensyn til mor eller barnet.

Nasjonale retningslinjer tilsier at kvinner med svangerskapsforgiftning, diabetes eller annen sykdom bør være igangsatt før termin. I tillegg vil mange av svangerskapene der fosteret ikke vokser som forventet allerede være fanget opp og fødsel igangsatt før termin.

Sammenlignet med kvinner som blir igangsatt før planlagt termin, er det i stor grad

kvinner uten høy risiko for sykdom hos mor eller barn som går over termin.

Andelen som blir igangsatt etter svangerskapsuke 40 (termin) har også steget, fra 15,2 prosent i perioden 2004–2009 til 28,1 prosent for perioden 2019–2023.

Igangsetter for å unngå dødfødsler

Andel dødfødsler i Norge når mor går over termin har lenge vært lav, og har også sunket ytterligere i den siste femårsperioden sammenliknet med perioden før.

De siste fem årene har det vært i gjennomsnitt 20 dødfødsler årlig i svangerskap som har vart i 40 uker eller mer i Norge.

– I fagmiljøene for fødselshjelp diskuteres det kontinuerlig om flere eller færre av kvinnene som går over termin bør tilbys igangsettelse av fødsel, enten ved eller i uken etter termin, påpeker Ferenc Macsali, overlege og forsker i Medisinsk fødselsregister ved Folkehelseinstituttet.

Dødfødsler når kvinnen har gått over termin

Sverige tilbyr igangsettelse til alle kvinner der svangerskapet passerer 41 uker. I Norge blir gravide undersøkt i uke 41, og tilbudt igangsettelse fra uke 42.

– I Norge er det nær 8000 kvinner som passerer uke 41 og går i fødsel av seg selv. Dersom også disse 8000 kvinner skulle vært igangsatt, ville mer enn 40 prosent av alle svangerskap i Norge blitt igangsatt, sier Macsali.

Hensikten med å igangsette fødsel etter at termin dato er passert, er å unngå fosterdødsfall.

Samtidig vil flere igangsatte fødsler kunne medføre flere keisersnitt eller operative vaginale forløsninger. Det er også en større andel som opplever større blødning.

– Hvis flere kvinner skal igangsettes enn det retningslinjene tilsier i dag, vil det også føre til en større arbeidsbyrde for allerede pressede fødeavdelinger, uttaler Macsali.

Regionale forskjeller i igangsettelse av fødsler og dødfødsler etter uke 40

I femårsperioden fra 2019 til 2023, har andelen dødfødsler etter uke 40 sunket fra 1.07 per 1000 fødte i 2019, til 0.75 per 1000 fødte i 2023, sammenliknet med forutgående femårsperiode.

I samme periode har induksjonsraten, altså andelen kvinner som bli igangsatt fra og med uke 40, gått fra 23.9 til 28.1 prosent.

– Det er viktig å huske på at en liten økning i antall barn som dør etter termin vil føre til betydelige endringer i dødfødtraten. Dette skyldes at utgangstallet er så lavt at selv et par tilfeller kan utgjøre en stor andel av totalen, uttaler Macsali.

Det er litt ulike retningslinjer for igangsettelse og tidspunkt i regionene.

Hvis en sammenligner andelen dødfødsler fra og med svangerskapsuke 40 i de to femårsperiodene (2014–18 og 2019–2023), har helseregion Helse Sør Øst gått fra 1.14 til 0.68 dødfødsler per 1000 fødte barn og igangsettelsesprosenten økt fra 24,1 til 28,6.

Helse Vest har gått fra 0.91 til 0.86 dødfødsler per 1000 fødte barn og økt induksjon fra 24.4 til 29.0

Helse Midt-Norge har gått fra 1.12 til 0.57 dødfødsler per 1000 fødte barn og har hatt den minste økning i induksjonsrate fra 24.6 til 26.8.

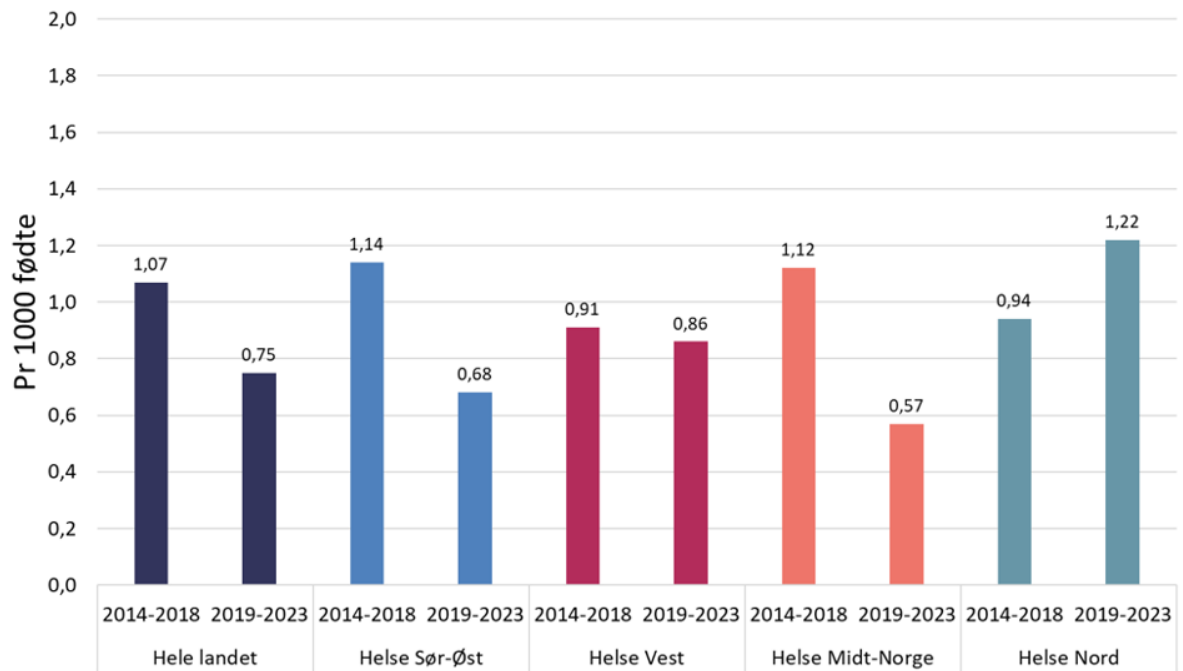
I Helse Nord har andelen dødfødsler økt fra 0.94 til 1.22 dødfødsler per 1000 fødte barn og andelen igangsatte fødsler har økt fra 21.2 til 24.7.

– På grunn av svært små tall vil små endringer utgjøre store forskjeller statistisk sett. Det er to barn mer som dør etter termin over hele den siste femårsperioden i Helse Nord, men fordi utgangstallet var lavt, medfører dette større endringer i andeler.

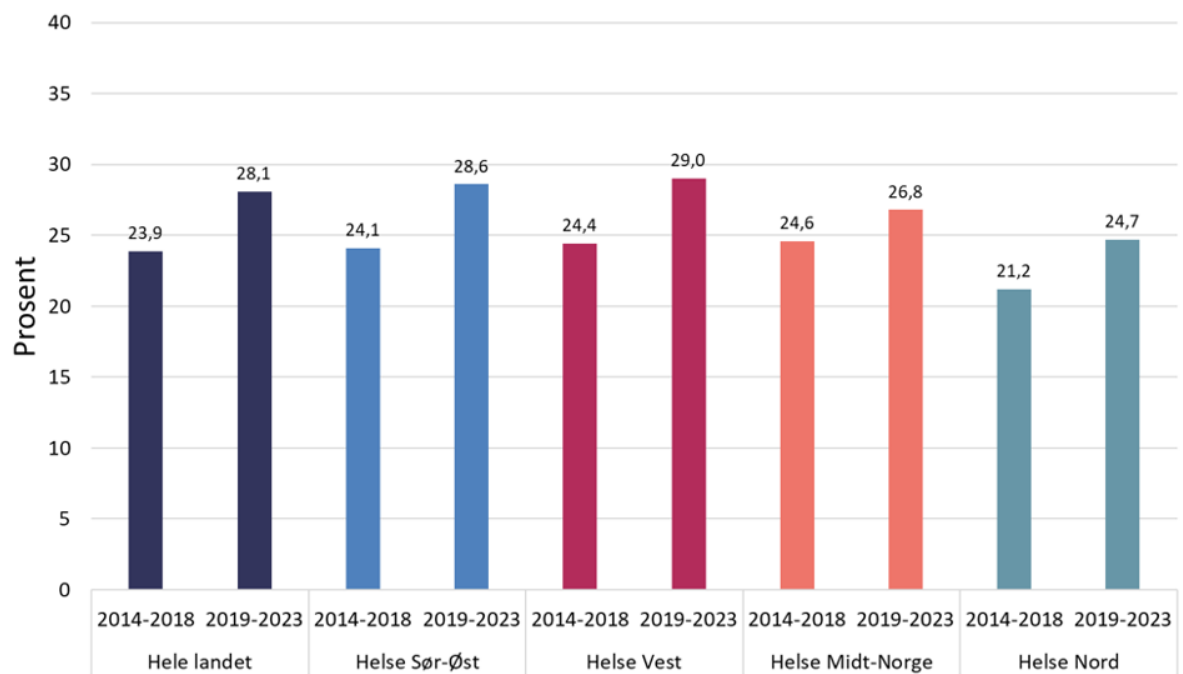
– De norske tallene for dødfødsel etter termin er svært lave. De har også sunket ytterligere i den siste femårsperioden sammenliknet med perioden før. Det er også små forskjeller helseregioner imellom, avslutter

Macsali.

Dødfødte pr. 1000 fødte fordelt på helseregion GA 40 uker og over



Induserte fødsler fordelt på helseregion GA 40 uker og over



4.4 Færre blir født med alvorlige hjertefeil og kromosomavvik

Tidligere og bedre diagnostikk gjør at flere misdannelser oppdages i første halvdel av svangerskapet.

Medisinsk fødselsregister publiserer nå tall for hele 2023. Du kan finne statistikk på blant annet mødres helsetilstand i svangerskapet, inkludert svangerskapsdiabetes og høyt blodtrykk, og om forekomst av misdannelser. Du kan lese hele rapporten her: ..

Fødes færre barn med alvorlig hjertefeil og kromosomavvik (inkludert Downs syndrom)

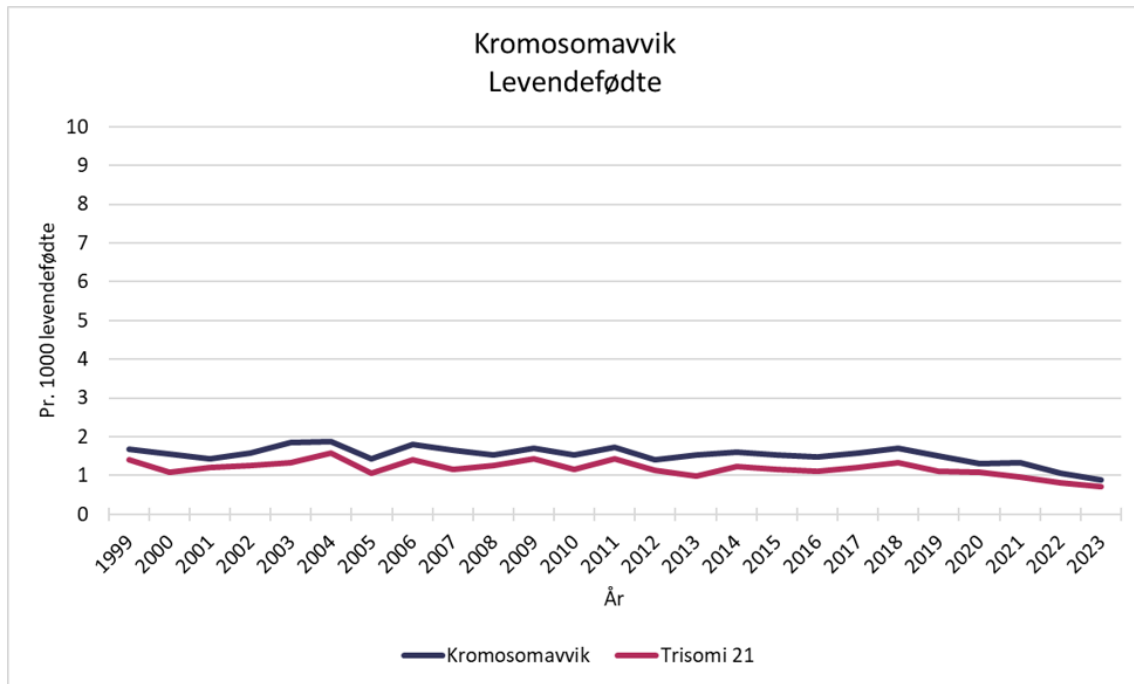
Fra året 2019 til 2023 var det en tydelig nedgang i andelen levendefødte barn som ble registrert med kromosomavvik (Figur 1). Av alle registrerte med kromosomavvik ble 37 prosent (83 av 224) født levende i 2019. I 2023 ble 21 prosent (47 av 222) født levende. Tilsvarende nedgang gjaldt for trisomi 21, Downs syndrom (Figur 2).

Etter at Bioteknologiloven ble endret i 2020, har alle gravide kvinner i Norge fått tilbud om undersøkelse med ultralyd i svangerskapsuke 11–14, i tillegg til undersøkelsen i svangerskapsuke 18.

– Tidligere forskning har vist at når kvinner får vite om trisomi 21-diagnosen i graviditeten, velger opptil 90 prosent å avslutte svangerskapet. Registeret har ikke informasjon om når kvinnene fikk vite om kromosomavviket. Men vi vet at noen får vite det under svangerskapet, mens i en del tilfeller oppdages ikke tilstanden før etter fødsel, sier Liv Cecilie Vestrheim Thomsen, overlege ved Medisinsk fødselsregister.

NIPT-testing blir nå tilbudt kvinner med høy risiko for sykdom hos fosteret, samt alle gravide som er 35 år eller eldre ved forventet termin dato. Det er også tillat å kjøpe testen privat for de som ønsker det. NIPT, “non-invasiv prenatal test”, undersøker fosterets DNA via mors blod.

– Flere enn tidligere får tilbud om tidlig ultralyd og NIPT. I tillegg har ultralydapparatene blitt mye bedre de siste årene. Til sammen gjør dette at flere kvinner får informasjon om misdannelser hos fostre i løpet av svangerskapet, enn det som var vanlig tidligere, sier Thomsen.



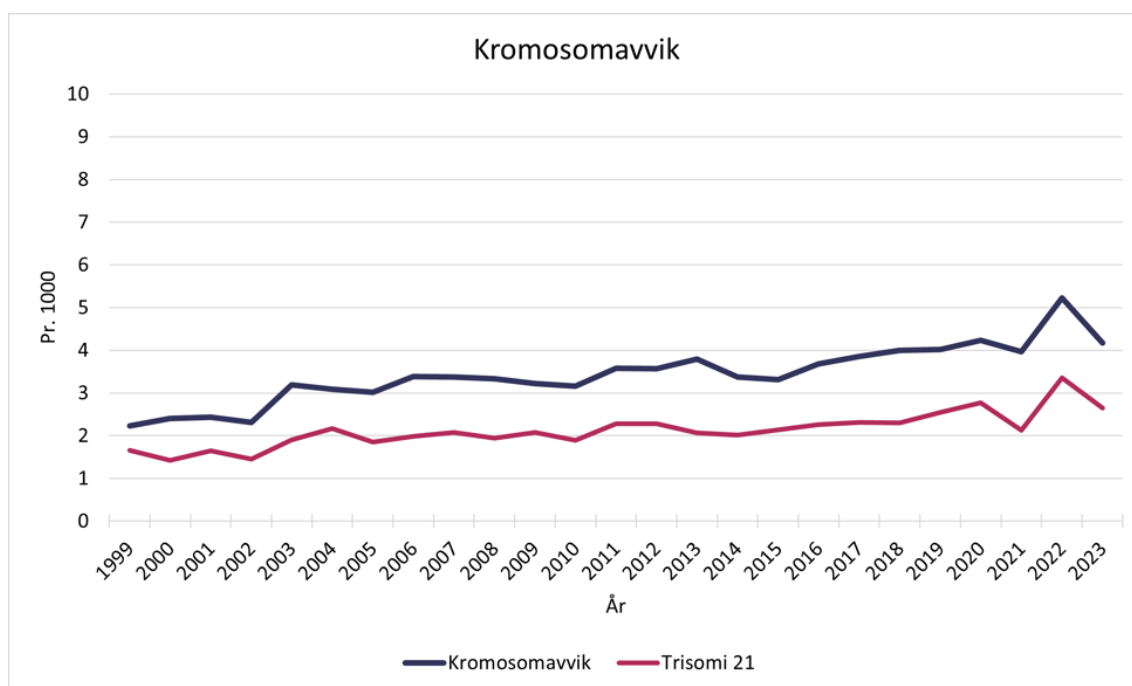
Figur 2. Oversikt over andelen som fødes levende, sammenlignet med hele gruppen som fikk påvist et kromosomavvik i svangerskap eller etter fødselen i tidsrommet 1999–2023. Grafen viser data for antall barn per 1000 registrerte i Medisinsk fødselsregister samme år, både for alle kromosomavvik som undersøkes for med NIPT (trisomi 13, 18, og 21) og spesifikt for trisomi 21.

Nedgang i antall fostre som får påvist kromosomavvik etter uke 12 i svangerskapet

Både mors gjennomsnittlige alder ved fødsel, og andelen av svangerskap som får påvist trisomi 21 (Downs syndrom) har økt jevnlig til og med 2022. Tidligere forskning har vist at økningen i forekomsten av trisomi 21 henger sammen med den økende alderen til gravide kvinner^{1,2,3,4}.

Mors gjennomsnittsalder økte også i 2023, uten at tallene for trisomi 21 økte. Derimot var det en liten nedgang i andelen registrerte med trisomi 21 fra 0,33 prosent i 2022 til 0,27 prosent i 2023 (0,27 prosent).

– Vi vet dessverre ikke ennå om nedgangen vi ser i påviste kromosomavvik etter uke 12 fra 2022 til 2023 har sammenheng med at flere har fått utført NIPT hos private helseaktører før svangerskapsuke 12, som er grensen for selvbestemt abort, om det faktisk er færre svangerskap med kromosomavvik, eller om de lavere tallene skyldes forsinket innsending av informasjon om barn og svangerskapsavbrudd til Medisinsk fødselsregister. Uansett er dette en utvikling registeret vil følge fremover, sier Thomsen.

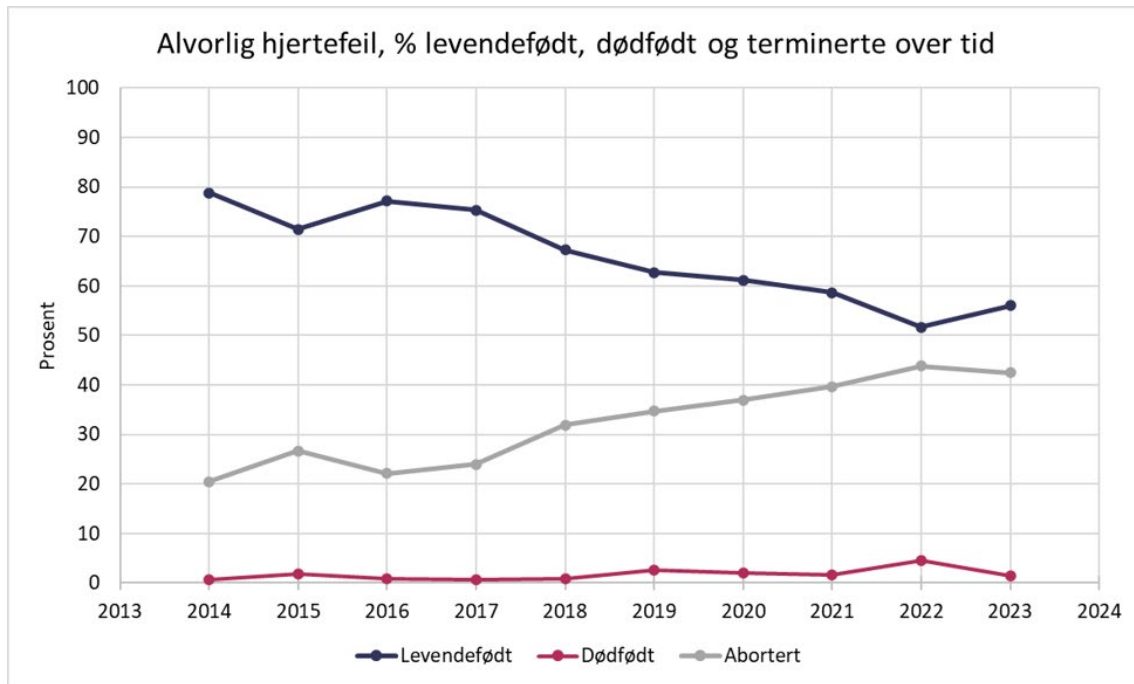


Figur 1. Oversikt over andelen fostre og barn i Norge som fikk påvist et kromosomavvik før eller rett etter fødselen i tidsrommet 1999-2023. Grafen viser data for antall fostre og barn per 1000 registrerte i Medisinsk fødselsregister samme år, både for alle kromosomavvik som undersøkes for med NIPT (trisomi 13, 18, og 21) og spesifikt for trisomi 21.

Andelen fostre som får påvist alvorlige misdannelser av hjertet er uendret, men en større del av svangerskapene ender med avbrudd

Færre barn fødes med alvorlig hjertefeil. De siste årene har en økende andel av svangerskap med denne diagnosen endt med avbrudd. I 2023 utgjorde aborterte fostre 42,4 prosent av alle svangerskap og fødsler som ble registrert med alvorlig hjertefeil i Medisinsk fødselsregister, mens 56 prosent ble født levende (Figur 3).

Hjertefeil er en av de vanligere medfødte misdannelsene og påvises i rundt 7 av 1000 svangerskap i Norge ifølge tall fra Medisinsk fødselsregister. Alvorlige hjertefeil ble funnet i 2,5 per 1000 registrerte svangerskap i 2023. Til alvorlige hjertefeil regnes blant annet misdannelser/avvikende dannelse av hjertets kamre, skilleveggene i hjertet, hjerteklaffer, og de store vener.



Figur 3 viser hvordan de svangerskapene der det påvises alvorlige hjertefeil fordeler seg mellom levendefødte og dødfødte barn og aborterte fostre.

Oversikt antall registrerte misdannelser

Misdannelser betegner en stor gruppe av forskjellige tilstander, men regnes som alvorlige hvis tilstanden trenger medisinsk eller kirurgisk behandling, eller vil påvirke det fødte individets funksjon. Dette kan være misdannelser av hjertet, hjernen, eller at barn fødes med leppe- og ganespalte (Tabell 1).

Siden 2009 har andelen fostre som får påvist én eller flere misdannelser ligget på cirka 4,5 prosent av alle svangerskap og barn registrert i Medisinsk fødselsregister. I 2023 var tallet 4,3 prosent. Hvis man bare ser på de alvorlige misdannelsene, lå andelen relativt uendret fra tidligere år på rundt 2,3 prosent.

Tabell 1 viser tall for 2023 for hvor mange svangerskap som ble registrert i Medisinsk fødselsregister totalt, med misdannelser og om de ble registrert for levendefødte barn eller fostre der svangerskapet endte med avbrudd.

	Totalt antall	Levendefødt (antall)	Nemnd-behandlet abort (antall)
Alle registrerte medfødte misdannelser	2 291*	1 904	370
Nevralrørsdefekt (anencefali, spina bifida, encefalocele)	38	9	28
Hjertemisdannelse**	355	262	90
Isolert ganespalte	31	28	3

Tabell 1 viser tall for 2023 for hvor mange svangerskap som ble registrert i Medisinsk fødselsregister totalt, med misdannelser og om de ble registrert for levendefødte barn eller fostre der svangerskapet endte med avbrudd.

	Totalt antall	Levendefødt (antall)	Nemnd-behandlet abort (antall)
Leppespalte, evt. med ganespalte	42	36	6
Hypospadi	84	84	0
Reduksjonsdefekt	12	11	1
Klumpfot	54	41	11
Omfalocoele	20	10	9
Gastroschise	14	10	3
Kromosomavvik	222	47	171
Trisomi 21 syndrom	141	37	104

*dødfødte og spontanaborter er kun med i kolonnen over totalt antall

**inkluderer de fleste typer hjertefeil, også mange av dem som ikke faller inn i gruppen "alvorlige hjertefeil"

Oversikt over hvor mange svangerskap som ble registrert i Medisinsk fødselsregister for året 2023

Årstall 2023	Totalt antall	Levendefødt (antall)	Nemnd-behandlet abort (antall)
Alle fødte og nemndbehandlede aborter samlet	53 209*	52 419	414

*dødfødte og sene spontanaborter er kun med i kolonnen over totalt antall

5 Appendix

5.1 Lovhjemmel

MFR er et av de sentrale helseregistrene i Norge, og er hjemlet i Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (Helseregisterloven). Registeret er etablert i samsvar med Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i MFR (Medisinsk fødselsregisterforskriften). Dette innebærer at det ikke er mulig å nekte registrering av informasjon i registeret.

Norge fikk ny Lov om abort som trådte i kraft 1. juni 2025. Denne medførte blant annet endringer i grense for krav om nemndvurdering, der grensen som før var ved utgangen av 12. svangerskapsuke ble endret til utgangen av 18. svangerskapsuke. I tillegg ble det gjort endringer i hvilke deler av loven som ligger til de forskjellige paragrafene, og i hvor mange abortnemnder Norge skal ha.

MFR har lovhjemmel til å inneholde personidentifiserende opplysninger om noen bestemte avbrutte svangerskap som har vært behandlet i nemnd. Etter ny abortlov trer i kraft, vil ikke MFR lenger kunne inneholde personidentifiserende opplysninger om svangerskap avbrutt grunnet medisinske forhold ved fosteret for svangerskap med varighet under 18 uker som ender med avbrudd. Dette vil påvirke informasjonen om medfødte misdannelser og tilstander betydelig.

5.2 Melding til MFR

Alle fødsler og svangerskap som avsluttes etter 12. svangerskapsuke er meldepliktige til MFR, inkludert dødfødsler og aborter etter 12. svangerskapsuke (til og med 1.juni 2025). Fødeinstitusjoner, nyfødtavdelinger, og helsepersonell som bistår ved fødsler utenfor institusjon skal melde opplysningene. I tillegg registreres opplysninger om assistert befruktning og om nemndbehandlede svangerskapsavbrudd.

Opplysningene i meldingen gir kunnskap og informasjon om kvinners helse i forbindelse med svangerskap, fødsel og i barselperioden, i tillegg til om barns helse ved fødsel og opp til ett års alder. Meldingen inneholder sivile opplysninger, opplysninger om svangerskapet og mors helse før og under svangerskapet, opplysninger om fødselen, opplysninger om barnet og opplysninger om far/medmor. Meldinger om fødsler til MFR er personidentifiserende, men fødselsnummer og navn lagres i kryptert form etter kvalitetssikring.

MFR har siden høsten 2005 lagt forholdene til rette for elektronisk melding av fødsler. Helse- og omsorgsdepartementet påla helseforetakene med hjemmel i forskriften til MFR å melde inn fødsler elektronisk. Målsetningen har vært og er å effektivisere og bedre meldekvaliteten. Hjemmefødsler meldes fortsatt på papirskjema. Det er utformet en veileder til utfylling av melding til MFR. Denne finnes på registerets hjemmesider på FHI.no.

MFR kvalitetssikrer, tilrettelegger og utleverer statistikk og data til forskere, helsepersonell, helseforvaltningen, massemedia og andre brukere av registerdata. MFR har tidligere publisert institusjonsstatistikk hver annen måned, men har hatt opphold i 2024 for offentliggjøring av foreløpige tall. I tillegg deltar MFR i en rekke internasjonale samarbeid, og rapporterer data til blant andre The Association for Nordic Medical Birth Registers (NOMBIR), European surveillance of congenital anomalies (EUROCAT), the Euro-Peristat Network, og World Health Organization (WHO).

5.3 Reservasjonsrett

Det er reservasjonsrett knyttet til registrering av enkelte av opplysningene i MFR.

Den gravides yrkesmessige forhold, røykevaner, samt bruk av alkohol og andre rusmidler i svangerskapet. Det er også tillatt å reservere seg mot at informasjon rundt mottatt assistert befruktning sendes til registeret. I tillegg kan kvinnen reservere seg mot permanent registrering av direkte personidentifiserende opplysninger dersom hun har fått utført svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav c. Slike svangerskapsavbrudd innvilges i nemnd dersom det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet.

Individer som er registrert med ett eller flere svangerskap i MFR og som ikke har blitt informert om reservasjonsrett knyttet til opplysninger beskrevet i foregående avsnitt, og som ønsker disse opplysningene slettet, kan kontakte Folkehelseinstituttet for å få utført sletting.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
November 2025
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no