

Institusjonsstatistikk møte 23. november 2012

Medisinsk fødselsregister (MFR) sitt fjerde institusjonsstatistikk møte ble avholdt fredag 23. november. Det var rekordstor påmelding, og 107 personer fra nesten alle landets fødeinstitusjoner og fra MFR var samlet på Scandic hotell i Bergen sentrum.

Programmet var variert, med endel faste poster og noe nytt. Konstituert avdelingsdirektør ved Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) Marta Ebbing presenterte statistikk på institusjonsnivå med data fram til oktober 2012. Deltagerne fikk ved møtestart utlevert rapport med tallene i papirformat, og alle ble bedt om å melde tilbake til MFR dersom man oppdaget feil i tallene. De endelige tallene for 2011 publiseres på nettet (<http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>) i slutten av desember 2012. Det var ingen store endringer i årets tall sammenlignet med tidligere år. De institusjonsvise forskjellene i bruk av keisersnitt er stort sett som før. Man finner relativt små variasjoner innen Robson gruppe 1 og 3, men større variasjoner innen gruppe 5, 6 og 7, som omfatter kvinner med tidligere keisersnitt, og kvinner med foster i seteleie. Det er en gledelig nedadgående trend i forekomsten av alvorlige fødselsrifter (sfinkterruptur grad 3 og 4) på landsbasis de siste 10 årene, men også her er det forskjeller mellom institusjonene. I den elektroniske fødselsmeldingen spørres det etter mors høyde og vekt, for å kunne beregne kroppsmasseindeks. Det ble påpekt at det er svært stor variasjon mellom institusjonene i rapporteringsgraden av denne informasjonen, som – sammen med røykeopplysninger – er viktig for å kunne konstruere en såkalt «lavrisiko fødepopulasjon». Denne kan brukes som en standardpopulasjon for å sammenligne intervensjoner, komplikasjoner og utfall av fødsler ved forskjellige institusjoner. Alle oppfordres derfor til å melde denne informasjonen. I tidligere versjoner av fødejournalssystemene har det ikke vært mulig å melde høyde og vekt. Den store variasjonen i rapporteringsgrad skyldes antagelig ikke bare tekniske problemer i fødeprogrammene. For røykevaner kan mor reservere seg mot registrering, (etter å ha fått informasjon om hva opplysningene skal brukes til), men dette forklarer neppe den store variasjonen i rapporteringsgrad.

Cathrine Dahl og Nora Heyerdahl fra FHI holdt hvert sitt innlegg der de presenterte henholdsvis Nasjonalt helseregisterprosjekt og folkehelseprofilene. Dette kan du lese mer om på side 2 og 3. Overlege Kari Klungsøyr demonstrerte bruk av Nesstar-kubene i MFR sin statistikkbank, hvor man blant annet finner interaktive tabeller med institusjonsstatistikk (<http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>). Hun gikk gjennom bruk av de forskjellige valg-menyene for tabellformat og grafikkformat, og eksportfunksjonen. Det var satt fram PCer i lokalet slik at alle som ønsket kunne få prøve seg på fremstilling av statistikk fra egen og andres institusjoner, noe som så ut til å være populært.



Konstituert avdelingsdirektør v/FHI Marta Ebbing og overlege ved MFR, Kari Klungsøyr

Forsker Atle Fretheim fra Nasjonalt Kunnskapssenter holdt et spennende innlegg om «Forebygging av sfinkterruptur: Virker tiltaksprogrammene?» hvor han diskuterte mulige årsaker til den gledelige nedgangen i sfinkterruptur grad 3 og 4. Hilde Engjom fra Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB, så på sammenhengen mellom reduksjonen i antall fødeinstitusjoner i Norge over tid og økningen i risiko for ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon.

Dagen ble avsluttet med et «miniseminar» med tema «Grensen mellom liv og død: Når er et foster med tegn til liv levende født? Hva melder vi? Hva teller vi?» Her fikk vi interessante og lærerike innlegg fra neonatolog Bjørn Øglænd, etiker Ingrid Miljeteig, epidemiolog og registerrepresentant Kari Klungsøyr, personregisterets representant Gudrun Mortensen og sosionom Inger Kalgraff. Innleggene ble etterfulgt av en diskusjon omkring temaet, og det var ingen tvil om at dette er et tema som engasjerer.

Alle presentasjonene fra møtet er lagt ut på www.fhi.no.

Alt i alt hadde vi en spennende og lærerik samling i Bergen, og vi gleder oss allerede til neste møte, som finner sted 4. desember 2013 på Hotel Grand Terminus. ●

Svangerskapsforgiftning farligst for ett-barnsmødre



Professor Rolv Skjærven har sett på risiko i forhold til totalt antall barn, og ikke bare første svangerskap.

Et forskerteam ledet av professor Rolv Skjærven ved Universitetet i Bergen/ Nasjonalt folkehelseinstitutt, har nylig publisert en studie i British Medical Journal der sammenhengen mellom pre-eklamsi (svangerskapsforgiftning), og senere hjerte-kardød har blitt undersøkt.

Studien er den første som ser på risiko i forhold til kvinners totale antall barn, og ikke bare i forhold til første svangerskap. Den viser at kvinner med pre-

Andre retningslinjer

Pre-eklamsi er en alvorlig tilstand der blant annet unormalt høyt blodtrykk utvikler seg i andre halvdel av svangerskapet. Denne tilstanden medfører en høyere risiko for hjerte-karsykdommer senere i livet. Ett-barnsmødres høye risiko har ikke blitt studert tidligere. Rolv Skjærven og medarbeidere mener at studien viser at ettbarnsmødre som har hatt pre-eklamsi bør få økt oppfølging med tanke på hjerte-

karsykdom i mange år etter fødselen, særlig hvis deres pre-eklamsistilstand førte til prematur fødsel.

De som får flere barn har ingen økt dødelighet

Kvinner som får ett eller flere barn etter det første har vesentlig lavere risiko for hjerte-kardød, selv etter svangerskapsforgiftning i første svangerskap. I tillegg fant Skjærven og medarbeidere at disse kvinnene har lavere risiko for død av andre årsaker, blant annet død av brystkreft. Totalt sett har de ingen økt risiko for død sammenlignet med andre kvinner.

- Det er som om ytterligere svangerskap visker vekk den økte risikoen. Siden 85 % av kvinner i Norge som føder barn, får mer enn ett barn, blir konklusjonen at det store flertallet av kvinner med svangerskapsforgiftning kan forvente et like langt liv som andre kvinner, sier Professor Rolv Skjærven.

Ulike årsaker til at kvinner ikke får flere barn

Det kan være mange årsaker til at noen kvinner ikke får mer enn ett barn. Det kan være underliggende helseproblemer som gjør at kvinner blir frarådet å gå gjennom flere svangerskap, eller som i seg selv hindrer ytterligere svangerskap. Et eksempel på et slikt helseproblem er diabetes. Det er kjent at diabetes er knyttet både til redusert fruktbarhet og til hjerte-kar sykdom.

Data er hentet fra Medisinsk fødselsregister. I alt 836 147 kvinner med en første fødsel i perioden 1967-2002 er fulgt med tanke på dødsfall opp til 2009, det vil si med oppfølgingstid fra 7 og 42 år etter den første fødselen. I alt var det over 23 000 kvinner som døde i perioden. Som forventet hadde kvinner med svangerskapsforgiftning i sitt første svangerskap en høyere hjerte-kar dødelighet enn andre kvinner. Se hele artikkelen her: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7677> ●

Folkehelseprofiler på kommunenivå

I januar 2012 trådte Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) i kraft. Loven pålegger landets kommuner og fylkeskommuner å utarbeide en oversikt over helsetilstand, og positive og negative påvirkningsfaktorer for helsen. Nasjonalt folkehelseinstitutt har som ledd i dette arbeidet fått i oppdrag å gjøre tilgjengelig statistikk fra sentrale helseregistre og andre relevante datakilder. Hver kommune har fått sin folkehelseprofil og statistikkbank.

Medisinsk fødselsregister (MFR) er et av disse registrene. Aktuelle indikatorer til bruk i folkehelseprofilene er røyking blant gravide, overvekt før svangerskapet, og andel nyfødte med henholdsvis høy og lav fødselsvekt. Generelt har de sentrale helseregistrene gode data på sykkelighet og dødelighet, men lite data om levevaner.

Data på røyking, samt overvekt (som regnes ut på grunnlag av høyde og vekt før svangerskapet) i MFR er derfor av stor interesse. Det er imidlertid knyttet en del usikkerhet til kvaliteten på disse dataene. Høy dekningsgrad og like rutiner for rapportering mellom institusjoner er en forutsetning når man skal lage profiler for sammenlikning mellom geografiske nivåer. For røyking, høyde og vekt er det stor variasjon i dekningsgraden mellom fødeinstitusjoner. Variasjonen kan knyttes til ulik tolkning av bestemmelsen om rapportering av røykeopplysninger i MFR-forskriften, og til ulike versjoner av fødejournalssystemer.



Nora Heyerdal holdt innlegg om Folkehelseprofiler

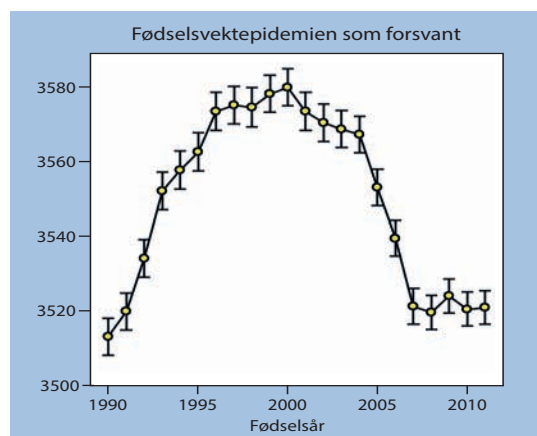
Lenker til folkehelseprofilene og Kommunehelse statistikkbank finnes på www.fhi.no/kommunehelse. Folkehelseprofilene og Kommunehelse statistikkbank vil utvikles videre i takt med at datatilgangen på kommunenivå forventes å bli bedre. ●

Fødselstall for 2011

Endelige fødselstall for 2011 er nå tilrettelagt i statistikkbanken for Medisinsk fødselsregister (MFR). Vi observerer gledelige utviklingstrekk i tallene sammenholdt med tidligere års data.

FØDSELSVEKT

Fødselsvekten har siden 1990 vist relativt store forandringer: en bratt stigning frem til år 2000, fulgt av en tilsvarende bratt reduksjon (se figur for gjennomsnittsverdier). Fødselsvekten har for perioden 2006-2011 stabilisert seg til litt over verdien for 1990. En konsekvens av dette er at forekomsten av store nyfødte, f.eks. med vekt over 4500 gram er vesentlig redusert; fra 4,8 % i 2000 til 3,1 % i 2011. Samtidig har forekomsten av svært store nyfødte med fødselsvekt over 5000 gram blitt mer enn halvert i løpet av denne perioden.



RØYKEVANER

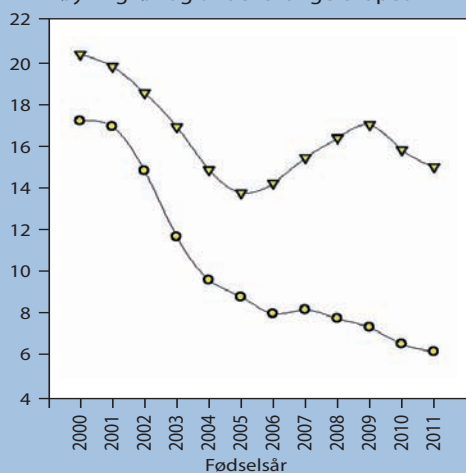
Røykevanene blant kvinner i fertil alder er også i forandring. I år 2000 røykte 17 % av kvinnene under svangerskapet. Dette tallet er i 2011 redusert med to tredjedeler, til 6,1 % (se figur, nedre kurve).

Andelen kvinner som røykte forut for svangerskapet, har også blitt redusert (se figur, øvre kurve).

PERINATAL DØD

En tredje trend som er svært gledelig er reduksjonen av perinatal dødelighet (dødfødte fra uke 22 og levendefødte som dør i første leveuke). For årene 2000 og 2001 døde 7,0 barn per 1000 fødte, mens dette tallet i 2011 er redusert til 4,4, dvs. redusert med 37 %. Det synes rimelig å anta at fravær

Røyking før og under svangerskapet



av røyking vil kunne forebygge mange av disse dødsfallene, selv om også andre faktorer virker på denne relasjonen, f.eks. mors utdanning. Det er velkjent at røyking er mer utbredt blant kvinner med lav enn med høy utdanning.

For årene 2008-2011 har MFR mottatt data for mors høyde og vekt (før og etter svangerskapet) for nærmere 50 % av fødselene. Høyde og vekt gir grunnlag for beregning av kroppsmasseindeks (KMI). Utviklingen i KMI for disse årene er svært stabil (gjennomsnitt 24,4 kg/kvadratmeter kroppsoverflate, standard avvik 4,8, p-verdi for forskjell over tid =0,8).

Perinatal død er imidlertid også forbundet med fedme hos mor, og for de siste årene finner vi at KMI over 30 (det vil si fedme) øker den perinatale dødeligheten 2,5-fold, mens en KMI over 40 øker risikoen 4-fold for at barnet dør. I materialet har 12 % av fødekvinnene KMI over 30, og 1.1 % over 40. Som kommentert over er dødeligheten i 2011 på 4,4 per 1000; en 4-fold risiko betyr da at risikoen for perinatal død stiger til 12,8 per 1000.

ALDER VED FØRSTE FØDSEL

Vi har tidligere kommentert utviklingen av mors alder, og da særlig mors alder ved første fødsel. Alder ved første fødsel har steget gradvis gjennom svært mange år, men vi observerte en liten reduksjon i gjennomsnittlig alder ved første fødsel for årene 2008-2010, i forhold til trenden for forutgående år. I 2011 er imidlertid alderen igjen på vei opp. Spesielt i 2011 er at alder ved første fødsel i Oslo over 30 år, og dette er første gang vi har registrert en så høy gjennomsnittsalder for noe fylke i Norge. For landet for øvrig er gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende nå 27,3 år. ●

Nasjonalt helseregisterprosjekt

Folkehelseinstituttet har siden 2008 jobbet med å modernisere de sentrale helseregistrene ved instituttet. I tillegg er instituttet også sekretariat for Nasjonalt helseregisterprosjekt – Regjeringens ti-årige strategi for modernisering og samordning av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og de sentrale helseregistrene. Formålet er bedre utnyttelse av data til kvalitetsforbedring av helsetjenester, helsestatistikk, beredskap, forebygging og forskning.

Institusjonsstatistikken fra Medisinsk fødselsregister har vært en viktig del av Nasjonalt helseregisterprosjekt. Arbeidet med utvikling av statistikken har vist at det er mulig å etablere

gode prosesser omkring valg av variabler og dialog med fagmiljøene. Erfaringene er viktige i det videre arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer på andre medisinske områder.

Det er nylig vedtatt en ny to-årig handlingsplan innenfor rammen av Nasjonalt helseregisterprosjekt. Følgende innsatsområder vil bli prioritert i 2012-2013:

- Utredning av reservasjonsrett
- Gjennomgang av lovverket og forenkling
- Bedre data fra primærhelsetjenesten
- Bedre data om legemiddelbruk
- Modernisering av Dødsårsaksregisteret

Se mer om Nasjonalt helseregisterprosjekt på <http://helseregistre.no/> ●



Cathrine Dahl informerte om Nasjonalt helseregisterprosjekt

Mødredødeligheten i Norge 1995-2009

Når en mor dør er det en tragedie med store ringvirkninger. Mer enn 99 % av mødre som dør bor i u-land, men også i Norge dør kvinner i forbindelse med svangerskap og fødsel.

På tross av det lave tallet i Norge, er det enighet om at det er viktig å ha et mest mulig nøyaktig estimat, fordi mødre-dødelighet er en sentral kvalitetsindikator for svangerskapsomsorgen. Mødredødsfall måles i antall døde kvinner per 100.000 levende fødte barn, og forekomsten kan således sammenlignes verden over.

Forskning fra land vi kan sammenligne oss med viser at bruk av døds melding alene, slik vi gjør i Norge, viser nesten 50% underrapportering av mødre-dødsfall.

I 2010 ble "The Norwegian maternal mortality group" etablert i samarbeid med Norsk gynekologisk forening. Gruppen er en del av et nordisk samarbeid der målet er å identifisere antall direkte, indirekte og tilfeldige mødre-dødsfall, samt klassifisere dødsfallene etter felles nordiske kriterier. Gruppen ble etablert etter mønster fra tilsvarende arbeid som har vært drevet i Storbritannia i snart 60 år.

Nødvendig med registerkobling

Arbeidet har bestått i å samle informasjon om mødre-dødsfall i Norge i perioden 1995 -2009 ved hjelp av registerkobling mellom Medisinsk fødselsregister (MFR) og Dødsårsaksregisteret (DÅR). I tillegg ble det innhentet direkte informasjon fra de enkelte fødeavdelinger. Det ble identifisert 14 direkte obstetriske, 13 indirekte, og ett tilfeldig mødre-dødsfall i Norge i denne perioden. De hyppigst forekommende dødsårsakene var preeklampsi/eklampsi (N=6) og psykiatriske/voldelige dødsfall (N=5) etterfulgt av tromboembolier (N=4). Mødredødsfallsratioen var 9/100 000 levendefødte, sammenlignet med 5/100 000 rapportert i SSB, altså en underrapportering på 44 %. Dette viser nødvendigheten av registerkobling for å få nøyaktige tall på mødre-dødsfall. Ingen av de psykiatriske/voldelige dødsfallene eller tromboemboliene var registrert i SSB's statistikk basert på døds melding alene. Vi identifiserte forbedringspotensial i behandlingen for 54 %. Dette gjaldt spesielt for preeklampsi-/eklampsidødsfallene hvor tidligere igangsatt, eller mer adekvat behandling sannsynligvis ville påvirket utfallet. Dette var også tilfellet for halvparten av tromboemboliene. Mødredødsfall var hyppigere hos eldre



Siri Vangen presenterte tall om mødre-dødsfall fremkommet gjennom et nordisk samarbeidsprosjekt

mødre, og hos personer med afrikanske/asiatiske navn, samt hos kvinner med BMI>30.

Direkte obstetriske mødre-dødsfall dominerer fortsatt i Norge med et betydelig potensiale for bedring av behandlingen. Dette gjelder spesielt dødsfall forårsaket av hypertensive svangerskapskomplikasjoner og tromboembolier. Psykiatriske/voldelige dødsfall var også en ledende dødsårsak.

Det videre arbeidet i gruppen vil ved hjelp av registerkobling gi et mer nøyaktig estimat av den norske mødre-dødeligheten. Forskningsgruppen tror at gjennomgangen av mulige forbedringer kan gi et stort læringspotensiale til norske klinikere, noe som på sikt også kan bidra til å senke mødre-dødeligheten.

Referanse

Siri Vangen, Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse/ Nasjonalt folkehelseinstitutt, og Liv Ellingsen, Fødeavdelingen, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus.

Husk på

Ved utfylling av fødselsmelding:

- Er vekt, Apgar, hodemål og lengde på barnet oppgitt?
- Kontroller HELLP og eklampsi: Det er tidligere oppdaget en overrapportering av de alvorlige tilstandene HELLP og eklampsi fra alle landets fødeinstitusjoner. Vi er derfor nødt å få bekreftet alle meldte HELLP og eklampsi tilfeller, med unntak der det fremgår av fritekst på meldingen at diagnosen er korrekt.
- Ved melding av arvelig sykdom – vennligst spesifiser slektskap vedrørende mor: gjelder dette mor (for denne fødsel) eller mormor?
- Mors høyde og vekt før og ved svangerskapets slutt.
- Mors røykevaner før og under svangerskapet.

Ved overflytting av barn til nyfødtavdeling:

- Husk å melde om barn overflyttet til nyfødtavdeling via Neonatalprogrammet, minst en gang per måned, helst oftere.